

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SEGÚN DOROTHEA
OREM EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE
AYAPATA-2018.

TESIS

PRESENTADA POR:

THALIA TEJADA QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SEGÚN DOROTHEA OREM EN
ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.

PRESENTADA POR:
THALIA TEJADA QUISPE

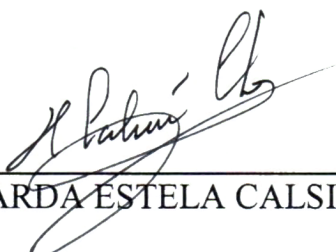
Fecha de sustentación: 28 de diciembre del 2018

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

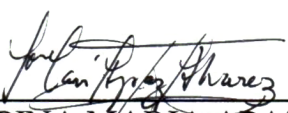


APROBADA POR:

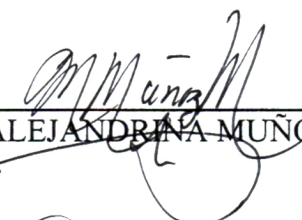
PRESIDENTE:


Dra. NARDA ÉSTELA CALSIN CHIRINOS.

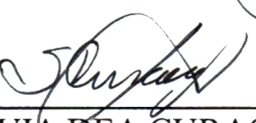
PRIMER MIEMBRO:


Enf. AGRIPINA MARÍA APAZA ALVAREZ.

SEGUNDO MIEMBRO:


Lic. MARGOT ALEJANDRINA MUÑOZ MENDOZA.

DIRECTOR / ASESOR:


Mtro. SILVIA DEA CURACA ARROYO.

Área : Adulto mayor.

Tema : Capacidad de autocuidado del adulto mayor.

DEDICATORIA

A Dios, quien me protege y guía cada paso de mi vida, derramándose sus bendiciones y fortalezas, para seguir adelante.

Con infinito amor y gratitud a mis queridos padres Gregorio y Norma, por su inmenso amor, paciencia, esfuerzo, sacrificio y apoyo económico, moral e incondicional que me permitieron enfrentar los retos de la vida.

A mis hermanos Lisceth y Henry quienes, me brindaron su apoyo moral, emocional y comprensión para culminar mi formación profesional y ayudarme a vencer los obstáculos.

Thalia.

AGRADECIMIENTO

- ✓ A Dios por ofrecerme vida y salud y darme la fortaleza espiritual día a día.
- ✓ A mi Alma Mater, la Universidad Nacional del Altiplano- Puno, por darme la oportunidad de formarme como profesional.
- ✓ A la Facultad de Enfermería y a mis docentes por inculcarme nuevos conocimientos y valiosos aportes para desenvolverme ante la sociedad.
- ✓ A mí querida directora y asesora de tesis, Mtra. Silvia Dea Curaca Arroyo, por su orientación, tiempo, paciencia y apoyo incondicional durante el desarrollo de la investigación.
- ✓ A los miembros del jurado dictaminador, Dra. Narda Estela Calsin Chirinos, Enf. Agripina María Apaza Álvarez, Lic. Margot Alejandrina Muñoz Mendoza; por sus observaciones, sugerencias y aportes para la culminación de la investigación.
- ✓ Al promotor del Programa Pensión 65 y a los adultos mayores del distrito de Ayapata por la disposición voluntaria y colaboradora de participar en la investigación.

Thalia.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ACRÓNIMOS

RESUMEN	9
ABSTRACT	10
CAPITULO I.	11
CAPITULO II.	14
2.1. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL	14
2.1.1. TEORIA ENFERMERA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM	14
2.1.2. CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO	17
2.1.3. DIMENSIONES DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO	19
2.1.4. EI ENVEJECIMIENTO	23
2.2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO	33
CAPITULO III.	39
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	39
3.2. UBICACIÓN DE LA INVESTIGACION	39
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	40
3.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	42
3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	44
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
3.7. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	46
CAPITULO IV.	48
4.1. RESULTADOS	48
4.2. DISCUSION	51
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
ANEXOS	62

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01	
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO GOBAL SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.	48
TABLA N° 02	
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN INTERACCIÓN SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.	48
TABLA N° 03	CAPACIDAD DE
AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN BIENESTAR PERSONAL EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.....	49
TABLA N° 04	
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN ACTIVIDAD Y REPOSO EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.	49
TABLA N° 05	CAPACIDAD
DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN CONSUMO SUFICINTE DE ALIMENTOS EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.	50
TABLA N° 06	
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.....	50

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 01	
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO GOBAL SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.	71
FIGURA N° 02	
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN INTERACCIÓN SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018	71
FIGURA N° 03	
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN BIENESTAR PERSONAL EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.	72
FIGURA N° 04	
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN ACTIVIDAD Y REPOSO EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.	72
FIGURA N° 05	
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN CONSUMO SUFICIENTE DE ALIMENTOS EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.....	73
FIGURA N° 06	
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.....	73

ACRÓNIMOS

ASA	: Appraisal of Self-care Agency Scale / Escala de Capacidad de Agencia De Autocuidado.
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
ENAHO	: Encuesta Nacional de Hogares.
OPS	: Organización Panamericana del Sur.
ADN	: Ácido desoxirribonucleico.

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de determinar la capacidad de autocuidado según Dorothea Orem en adultos mayores del distrito de Ayapata-2018. El tipo de investigación fue descriptivo cuantitativo, diseño de investigación descriptivo simple de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 75 adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista, el instrumento fue la escala Capacidad de Agencia de Autocuidado (ASA-A) aplicada mediante la visita domiciliaria. El análisis de datos se realizó en forma porcentual. Los resultados del estudio demuestran que el 85.3% de los adultos mayores tienen una capacidad de autocuidado medio, 8.0% capacidad de autocuidado alto y 6.7% capacidad de autocuidado bajo. Respecto a las dimensiones de la capacidad de autocuidado, los porcentajes más altos corresponden al nivel medio en las dimensiones de: bienestar personal, actividad y reposo y promoción del funcionamiento y desarrollo personal con 66.7%, 68.0% y 65.3% respectivamente; seguida del nivel bajo en la dimensión consumo suficiente de alimentos con 60.0% y por último con nivel alto en la dimensión de interacción social con 45.3% respectivamente. En conclusión los adultos mayores mostraron una capacidad de autocuidado de nivel medio.

Palabras Clave: Capacidad de autocuidado, Dorothea Orem, adulto mayor.

ABSTRACT

The research was carried out with the objective of determining the self-care capacity according to Dorothea Orem in older adults of the district of Ayapata-2018. The type of research was quantitative descriptive, simple descriptive research design of cross section; the sample was constituted by 75 elderly beneficiaries of the pension program 65. For the collection of data, the interview technique was used, the instrument was the Self-care Agency Capacity Scale (ASA-A) applied through the home visit. The data analysis was performed in percentage form. The results of the study show that 85.3% of older adults have a medium self-care capacity, 8.0% high self-care capacity and 6.7% low self-care capacity. Regarding the dimensions of self-care capacity, the highest percentages correspond to the average level in the dimensions of: personal well-being, activity and rest and promotion of functioning and personal development with 66.7%, 68.0% and 65.3% respectively; followed by the low level in the dimension of sufficient food consumption with 60.0% and finally with a high level in the dimension of social interaction with 45.3% respectively. In conclusion, the elderly showed a medium level self-care capacity.

Key Words: Self-care capacity, Dorothea Orem, older adult.

CAPITULO I.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido al aumento de la esperanza de vida, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápido que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. Entre 2000 y 2050, la proporción de las personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.¹ En México según datos censales de 2010 en zonas rurales la población está más envejecida. La población adulta mayor representa 10.1% del total de la población rural y 8.6% de la población urbana.²

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 011 050 personas que representan el 9,7% de la población; así mismo según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG 2014), el 39,1% de los hogares del Perú, cuenta con al menos una persona de 60 años a más entre sus miembros y en el 8,1% de los hogares vive alguno de 80 y más años de edad. Según área de residencia, el 76,7% de la población de 60 y más años de edad vive en el área urbana y el 23,3% en el área rural. Estos datos estadísticos son alarmantes en cuanto al crecimiento de adultos mayores en el país³. El departamento de Puno cuenta con una población de 1 415 608 habitantes donde el 9.3% representa la población adulta mayor (131 564)⁴.

Con el envejecimiento en las personas se producen, ciertos hechos biológicos o cambios, comunes para todos los órganos o sistemas, dado estos cambios los adultos mayores presentan o tienen una mayor vulnerabilidad o riesgo de presentar enfermedades⁵. Por lo tanto durante esta etapa del ciclo vital el Autocuidado juega un papel indispensable, implica que el adulto mayor asuma voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud, tanto física como mental, adoptando estilos de vida saludables, considerando sus propias limitaciones y posibilidades; para así disminuir la morbilidad en el adulto mayor, y mantener una vida activa y saludable durante los años que logre vivir.

Orem⁶, en su teoría de enfermería sobre la capacidad de autocuidado lo define como la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinados para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. Así mismo, el Ministerio de Salud⁷ define el Autocuidado como la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud para promover estilos de vida y entornos saludables.

Al respecto, un estudio realizado en Ecuador indica que el 30% de los adultos mayores estudiados presentan deficiencia en sus actividades de autocuidado⁸. En Cuba el 62% de los encuestados mostraron un nivel de autocuidado inadecuado y percepción de estado de salud negativo⁹. En el Perú se ha realizado algunas investigaciones al respecto resaltando que el 38.9% de adultos mayores presentan un autocuidado parcialmente adecuado¹⁰. 24.3% nivel de autocuidado bajo en cuanto a factores intrínsecos y 27.1% en cuanto a factores extrínsecos¹¹.

En el departamento de Puno, provincia de Carabaya encontramos al distrito de Ayapata que cuenta entre sus habitantes con adultos mayores que en su mayoría viven solos puesto que sus hijos migran a la ciudad por motivos de trabajo y manifiestan “no puedo caminar porque me duelen los huesos” “por las noches no puedo dormir” “me gusta tomar el mate dulce”; otros adultos mayores llevan una vida sedentaria permaneciendo en su hogar todo el día, presentan deficiente estado de salud corporal, muchos de ellos consideran que el ser personas de tercera edad es sinónimo de discapacidad o enfermedad. Probablemente que esto se deba a: condiciones sociodemográficas, capacidades físicas y emocionales, escasos recursos económicos, desconocimiento sobre acciones de autocuidado, falta de apoyo familiar, bajo nivel educativo, carencia de relaciones afectivas. Que llegan a provocar enfermedades tanto agudas y crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, reumatismo, osteoporosis, entre otros. Por lo tanto, el adulto mayor tendrá una inadecuada calidad de vida.

La investigación se justifica porque el envejecimiento se produce y se seguirá produciendo a un ritmo acelerado y en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza y de disminución de cuidado. Por ello, se hace necesario que los profesionales de la salud, entre ellos la Enfermera, orienten sus cuidados fomentando una cultura de autocuidado de la salud, propiciando un entorno seguro, libre de riesgos, facilitando el aprendizaje y mediante la educación sanitaria para lograr que la persona adulta mayor sea autovalente y tenga un autocuidado adecuado, a la vez, la investigación proporcionará a las autoridades y al equipo de salud del C.S. de Ayapata, información actualizada y relevante sobre la capacidad de autocuidado en los adultos mayores, a fin de que se diseñen y/o desarrollen actividades preventivo-promocionales a este grupo poblacional, favoreciendo así un envejecimiento activo y saludable. Por otro lado los resultados se constituirán en información base de posibles investigaciones que hagan uso de otras variables.

A partir de esta realidad se formula la siguiente interrogante: ¿Cuál es la capacidad de autocuidado según Dorothea Orem en adultos mayores del distrito de Ayapata-2018?, el objetivo general del estudio fue Determinar la capacidad de autocuidado según Dorothea Orem en adultos mayores del distrito de Ayapata-2018 y los objetivos específicos fueron: identificar la capacidad de autocuidado en la dimensión interacción social según Dorothea Orem en adultos mayores, Identificar la capacidad de autocuidado en la dimensión bienestar personal según Dorothea Orem en adultos mayores, Identificar la capacidad de autocuidado en la dimensión actividad y reposo según Dorothea Orem en adultos mayores, Identificar la capacidad de autocuidado en la dimensión consumo suficiente de alimentos según Dorothea Orem en adultos mayores, Identificar la capacidad de autocuidado en la dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal según el modelo de Dorothea Orem en adultos mayores.

CAPITULO II.

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

2.1.1. TEORIA ENFERMERA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Dorothea Orem define su teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado (describe el por qué y el cómo las persona cuidan de sí mismo), la teoría del déficit de autocuidado (explica como la enfermera puede ayudar a la persona) y la teoría de los sistemas de enfermería (describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado del enfermero).¹²

2.1.1.1. LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para la regulación funcional y de desarrollo. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo de mejorar su salud y obtener el bienestar físico y mental.

En esta teoría explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del adulto mayor a su propia existencia. Define además tres requisitos de autocuidado, expresados como los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado siendo estos los siguientes.¹²

A. REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL: Son definidos como los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente. Son comunes a todos los individuos e incluyen los siguientes:

- ✓ El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- ✓ El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- ✓ El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- ✓ La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.

- ✓ El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
- ✓ El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
- ✓ La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- ✓ La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

B. REQUISITO DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO: Se define como aquellos que tienen como objetivo promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez. Hay tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo:

- ✓ Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
- ✓ Implicación en el autodesarrollo.
- ✓ Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

C. REQUISITO DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD: Estos requisitos son comunes en las personas que están enfermas o que han sufrido algún accidente y que presentan algún trastorno o estado patológico en concreto, en lo que se incluyen defectos y discapacidades, y para los que existe un diagnóstico y se ha iniciado un tratamiento médico. Las características de la falta de salud como un estado que abarca un cierto periodo de tiempo determinan el tipo de cuidados necesarios mientras se sufren los efectos del estado patológico y la dura la enfermedad.¹²

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en lapsos de tiempos determinados.¹²

El ser humano debe estar en la capacidad de comprender la importancia del autocuidado para el mantenimiento de su salud, él es quien investiga, percibe e identifica los requisitos universales de autocuidado, elige si desea autocuidarse realiza juicios sobre el curso de acción para satisfacer y regular los requisitos de autocuidado, seguidamente toma las

respectivas decisiones para realizar acciones que contribuyan al bienestar consigo mismo, con los otros y con su entorno, y por ultimo llevar a cabo las acciones de autocuidado para producir la regulación de los requisitos.¹³

En los adultos mayores el autocuidado puede describirse como la capacidad que tienen para realizar actividades para mantener la salud y promover un envejecimiento saludable, a través de la práctica de actividades físicas y de los roles sociales; constituyéndose el autocuidado una parte esencial en la valoración del adulto mayor.

2.1.1.2. TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.¹²

La idea central de la teoría de déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermera se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes o emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores de su función o de la persona dependiente de ellos.¹²

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.¹² Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.¹⁴

2.1.1.3. TEORIA DEL SISTEMA DE ENFERMEROS

Los sistemas de enfermería se forman cuando las enfermeras usan sus habilidades, con el fin de prescribir, diseñar, proveer cuidados de enfermería a los pacientes. En este caso, la enfermera se convierte en agencia de autocuidado para el paciente. Las acciones de enfermería se organizan en tres sistemas a saber.

- ✓ Sistema de enfermeros totalmente compensatorio: Cuando un individuo es incapaz de satisfacer sus propias demandas de autocuidado, entonces existe un déficit o problema. Dicho déficit o problema es lo que indica a las enfermeras cuán y por qué la enfermera es necesaria. Aquí la enfermera debe hacer todo por el paciente o individuo.
- ✓ Sistema de enfermeros parcialmente compensatorio: El paciente se ayuda parcialmente puesto que su condición no le permite ser totalmente independiente para su autocuidado.
- ✓ Sistema de enfermeros educativo de apoyo: El individuo está en capacidad de autocuidarse, pero requiere orientación. Las acciones que emprenden las enfermeras ayudan a los pacientes a mejorar sus capacidades para involucrarse en su autocuidado y para alcanzar sus propios requisitos de autocuidado, de manera terapéutica.¹²

Prado et.al. Consideran que la teoría de Orem es un punto de partida donde los enfermeros(as) monitorean al paciente a través del examen físico, entrevista, exámenes de laboratorio y reevaluación; realizan intervenciones, como brindar una educación sanitaria adecuada o realizar los cambios pertinentes, continuamente se deben evaluar y cambiar las intervenciones para lograr satisfacer las necesidades de autocuidado de cada paciente.¹⁴

2.1.2. CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

En la teoría de déficit de autocuidado Dorotea Orem define la capacidad de agencia de autocuidado como, “la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinados para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo”¹³. Orem, propone que, para que el paciente logre el autocuidado debe desarrollar una habilidad humana llamada “capacidad de agencia de

autocuidado”.¹⁵

La capacidad de autocuidado o la agencia de autocuidado se conceptualiza como poseedora de la forma de un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: la habilidad de atender a cosas específicas (lo que incluye la habilidad de excluir otras cosas) y de comprender sus características y el significado de las mismas; la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; la habilidad de decidir qué hacer; y la habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación. El contenido de la agencia de autocuidado deriva de su finalidad propia, satisfacer los requisitos de autocuidado, cualesquiera que sean estos requisitos en un momento determinado.¹⁵

En consecuencia podemos referir que la a agencia de autocuidado incluye ciertos elementos como al individuo, la situación de salud, nivel educativo, sin dejar de lado las diversidades de vivencias en torno a su existir que a diario dejan como enseñanzas el aprendizaje y la cultura.

Según Rivera¹³ hablar de agencia de autocuidado supone introducirse en el mundo complejo del ser humano y sus habilidades para elegir y ofrecer cuidado a cosas que le conciernen (y excluir otras), habilidad de percibir la importancia de asumir nuevos patrones de conducta con la incertidumbre que conlleva el asumir cambios en los estilos de vida, habilidad de decidir qué hacer y habilidad de realizar la acción para lograr la regulación interna y la satisfacción de los requisitos universales de autocuidado.

Johnson citado por Guirao refiere que la agencia de autocuidado afecta directamente a la práctica de autocuidado que influye en la vida, la salud, el bienestar y el desarrollo humano.¹⁵

La capacidad de autocuidado consta de tres tipos de habilidades, las cuales están organizadas jerárquicamente de acuerdo con el grado en que estas son fundamentales para la otra, estos son: ¹³

A. CAPACIDAD FUNDAMENTAL Y DISPOSICIÓN DE AUTOCAUIDADO: son aquellas que tienen lugar cuando el individuo realiza cualquier tipo de acción deliberada y no solamente actividades de autocuidado. Estas disposiciones fundamentales y rasgos o características, consisten en habilidades básicas del individuo como la sensación, percepción, memoria y orientación.

B. COMPONENTES DE PODER: (capacidades que facilitan el autocuidado) son capacidades específicas que se relacionan con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado, la valoración de la salud, energía y conocimiento del autocuidado, y estos son:

- ✓ Máxima atención y vigilancia, con respecto a sí mismo con agente de autocuidado a las condiciones internas y externas y a factores significativos para el autocuidado.
- ✓ Uso controlado de la energía física para la iniciación y continuación de las operaciones de autocuidado.
- ✓ Control de la posición del cuerpo y sus partes.
- ✓ Razonamiento dentro de un marco de referencias de autocuidado.
- ✓ Motivación o metas orientadas hacia el autocuidado.
- ✓ Toma de decisiones sobre el autocuidado y la paralización de estas decisiones.
- ✓ Adquisición y conservación y paralización técnica sobre autocuidado y componentes de poder de la agencia de enfermería.
- ✓ Repertorio de habilidades (cognitivas, de percepción, de comunicación e interpersonales) para el autocuidado.
- ✓ Orden discreto de las acciones de autocuidado.
- ✓ Integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida.

C. CAPACIDADES PARA OPERACIONES DE AUTOCUIDADO: son las habilidades del ser humano más inmediatas. Orem clasifica en tres operaciones.

- ✓ Operación estimativa: el individuo investiga condiciones y factores de sí mismo y del medio ambiente que son significativa para su autocuidado.
- ✓ Operaciones transicionales: el adulto toma juicios y decisiones sobre lo que puede hacer y habría para encontrar los requisitos de autocuidado.
- ✓ Operaciones productivas: el individuo construye medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado por sí mismos.

2.1.3. DIMENSIONES DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

A. INTERACCIÓN SOCIAL:

Según Orem (1983), este es un requisito de autocuidado que requiere ser satisfecho no solo para el control temprano de la patología, sino también para encontrar un apoyo en los demás

y una influencia en sus comportamientos y hábitos. Según lo planteado, se requiere un equilibrio entre la soledad y la interacción social, puesto que el individuo es un ser sociable que forma parte de un conjunto de personas, desde su nacimiento hasta su muerte, el cual inicia con el grupo familiar. Así, lo describe Rigol y Ugalde, al afirmar que la familia, la sociedad y la cultura, son elementos básicos para que la persona pueda satisfacer sus necesidades, pues a través de la interacción del sujeto con dichos elementos, este adquiere el aprendizaje, madurez y herramientas para realizar su autocuidado.¹⁶

La interacción social contribuye a mantener una estabilidad emocional, descansar y relajarse, se convierte en un factor de protección para la salud, teniendo en cuenta que ello implica vínculos estrechos con otros y un nivel de actividad constante. Además, genera el involucramiento en grupos sociales, permitiendo que el adulto mayor distribuya equilibradamente su tiempo, y contribuyendo así a mejorar su calidad de vida. La socialización en esta etapa permite estar en contacto con otros y desarrollar potencialidades a partir del mismo; igualmente, genera acciones que son necesarias para mejorar la calidad de vida.¹⁷

De la misma manera, la interacción social depende de las redes de apoyo con las que cuente el adulto mayor, entendiendo éstas como aquellas relaciones significativas que una persona establece cotidianamente a lo largo de su vida, específicamente con familiares más cercanos, amigos, entre otros.¹⁶ En esta etapa, los amigos suavizan el impacto del estrés sobre la salud física y mental. Las personas que tienen en quien confiar sus sentimientos, pensamientos y que además hablan con amigos acerca de sus preocupaciones y dolor, manejan mejor los cambios y crisis del envejecimiento, lo que brinda mejor calidad de vida.¹⁸

B. BIENESTAR PERSONAL:

Según Diener, el concepto de bienestar personal integra tres elementos que lo caracterizan. Por un lado, está su carácter individual, basándose en la propia experiencia personal y en las percepciones y evaluaciones de la misma, por otro lado, se encuentra su dimensión global, que incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de la vida (a menudo denominada satisfacción vital). Por último, la necesaria inclusión de medidas positivas, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos.¹⁹ Es decir la capacidad de obtener respuestas sobre el autocuidado a partir de indagación y reflexión.¹⁶

Orem, a su vez, enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un

individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar.¹⁹

Casas, indica que el concepto de bienestar se fue vinculando con medidas psicosociales de la realidad, como son las percepciones y evaluaciones asociadas a las condiciones de vida y a la experiencia vivida por las personas, y que pueden incluir aspectos tan delicados de medir como son la percepción de felicidad, y la satisfacción con la vida, entre otras.¹⁵

Según Neugarten, Havighurst y Tobin en el adulto mayor, el bienestar personal o la satisfacción con la vida, se constituyen en los principales criterios para un envejecimiento exitoso, tomando al bienestar como un concepto globalizador que incluye tanto la satisfacción, la felicidad, la vida considerada como un todo, una moral alta, ajuste personal, buenas actitudes hacia la vida, competencia. En este sentido, al examinar el bienestar personal de los adultos mayores podremos conocer sus sentimientos de satisfacción y de felicidad, sus condiciones y su dinámica de vida, lo cual permite acercarnos al proceso de envejecimiento y a la realidad social de los adultos mayores.¹⁶

C. ACTIVIDAD Y REPOSO

Estos elementos constituyen requisitos básicos, propuestos por Orem, considerados universales y elementales para los seres humanos. Comprende la capacidad para movilizarse o conseguir ayuda en caso de tener problemas para movilizarse y realizar actividad física (actividades que entrañan movimientos corporales y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, tareas domésticas y actividades recreativas) y ejercicio (actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo que está relacionada a la mejora o el mantenimiento de una o más de los componentes de la aptitud física).¹

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. El descanso no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad, mientras se produce, se combina el estado de reposo, es decir quietud en relación al medio, con una gran actividad del cerebro que conduce a reparar y preparar todos los sistemas del organismo para el día siguiente.²⁰ Por lo tanto la persona adulta mayor que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada.

D. CONSUMO SUFICIENTE DE ALIMENTOS:

Comprende una alimentación saludable, suficiente en energía y nutrientes, es decir aporta cantidad de calorías y nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales, y realizar las actividades físicas e intelectuales diarias equilibrada en porcentajes recomendados de los distintos macronutrientes; variada debido a que no existe ningún alimento que aporte todos los nutrientes y en las cantidades idóneas que el organismo necesita de acuerdo con la edad.²¹

Orem (1983) plantea que el consumo adecuado de nutrientes debe ser de acuerdo con la situación específica de salud de cada individuo, es decir, con una ingesta rica tanto en variedad como en cantidad, por lo tanto es la capacidad de cambiar hábitos alimentarios para mantener el peso corporal adecuado.²²

E. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL:

La promoción del funcionamiento y desarrollo personal representa las actividades y modificaciones que realiza la persona para el mantenimiento de las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el progreso humano. El autocuidado se produce a medida que los individuos se ocupan en acciones para cuidar de sí mismos, influyendo en los factores internos y externos para regular su propio funcionamiento y desarrollo personal.²¹

Dorothea Orem, en su teoría del déficit de autocuidado, considera el funcionamiento o funcionalidad como parte de la definición de salud, y el autocuidado, como una función humana reguladora aprendida que debe aplicar cada individuo en forma deliberada y continua a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar.¹⁹

Es la capacidad de adaptación al ambiente y las circunstancias para su cuidado personal. Representa las actividades y modificaciones que realiza la persona para el mantenimiento de las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el progreso humano.¹⁶

En el adulto mayor, vivir supone la exposición a toda una serie de situaciones o cambios negativos (pérdidas, disminuciones y presiones ambientales) en áreas importantes de la vida y del funcionamiento personal, pero al mismo tiempo presupone la posibilidad de ocurrencia de toda una serie de oportunidades y cambios positivos.¹⁸

2.1.4. EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso irreversible que cada persona vive de manera diferente. Hoy la vejez no sólo significa el colofón de la vida sino una etapa más donde se debe vivir plenamente. Se define como Personas Adultas Mayores a la población comprendida entre los 60 a más años de edad²³.

Envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno. Sin embargo, los cambios que sufren los órganos y los tejidos durante el proceso de envejecimiento no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatomofisiológicas normales. Esos cambios se presentan en forma universal, progresiva, declinante, intrínseca e irreversible²⁴.

La Organización Panamericana del Sur (OPS), define el estado de salud de los que envejecen, no en términos de déficit sino del mantenimiento de la capacidad funcional. Precisamente, considerar el número y calidad de los años que una persona de edad avanzada puede vivir sin discapacidad ha llevado al desarrollo de la expectativa de vida autónoma. Así, el envejecer en forma saludable está dirigido a adaptarse a los cambios biopsicosociales, conservando la funcionalidad y la satisfacción personal, en cuya adaptación el propio interesado juegue un papel activo.

2.1.4.1. CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO

- ✓ Universal, es propio de todos los seres vivos.
- ✓ Progresivo, porque es un proceso acumulativo.
- ✓ Continuo, tiene un inicio y final.
- ✓ Dinámico, porque está en constante cambio, evolución.
- ✓ Irreversible, no puede detenerse ni revertirse; es definitivo.
- ✓ Declinante, las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- ✓ Intrínseco, porque ocurre en el individuo, a pesar de que está influido por factores ambientales, y
- ✓ Heterogéneo e individual, porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.²⁵

2.1.4.2. CAMBIOS LIGADOS AL ENVEJECIMIENTO

Los cambios que se producen a lo largo del desarrollo del hombre se inician al mismo tiempo que la vida, se hacen visibles en los primeros años de existencia, sin embargo los cambios asociados al envejecimiento se inician poco a poco, exteriorizándose más tarde.

Los cambios del envejeciendo se valoran desde tres puntos de vista. Que son cambios biológicos, psíquicos y sociales.²⁶

2.1.4.2.1. CAMBIOS BIOLÓGICOS

Con el envejecimiento en las personas se producen, en forma normal, ciertos hechos biológicos o cambios, comunes para todos los órganos o sistemas y que van a significar un cambio en su función, que son:

- ✓ Disminución hasta en un 40% de las células que efectúan la función de los diferentes órganos.
- ✓ Aumento del número de células que constituyen el tejido conectivo o de relleno. Disminución de la cantidad de agua, especialmente intracelular, puede ser hasta un 40%.
- ✓ Disminución de las capacidades de funcionamiento máximo de los diferentes órganos o sistemas, hasta en un 40%.
- ✓ Disminución de las capacidades de reserva de los diferentes órganos o sistemas.⁵

A. MODIFICACIONES DEL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO

Los músculos, presentes no sólo en el Aparato o Sistema Locomotor, sino también, en la casi totalidad de organismo, presentan una disminución de sus células cuya función principal es estirarse o alongarse, y recogerse o contraerse. Están disminuidos el número de células musculares y el tamaño de éstas. Es importante tener en consideración que el requerimiento de calorías y proteínas está basado en la totalidad de la masa muscular de las personas, por lo tanto al disminuir la masa muscular o magra, con el envejecimiento disminuye el requerimiento de aporte total de calorías.

La masa muscular es un componente fundamental de nuestra capacidad o estado físico, en lo que va a tener mucha importancia la actividad física que hemos desarrollado en forma regular durante nuestra vida, y la calidad de nuestra alimentación.

La masa muscular, que se reduce como parte de proceso normal de envejecimiento, es sustituida por tejido de relleno, como tejido conectivo, tejido adiposo o graso, esto lleva a modificaciones leves de la contextura de nuestro cuerpo, como son un discreto aumento de nuestro abdomen, (la "guatita" se nota más), aumento de depósito de tejido graso en la zona de la cintura.

Así, si nos descuidamos y no adecuamos nuestra dieta, o sea la cantidad y tipo de alimentos, y no realizamos ejercicios tendremos mayor riesgo de: subir de peso y en casos extremos presentar enfermedades como: Obesidad, así como llegar a una pérdida anormal de masa muscular conocida como Sarcopenia. Enfermedades que influirán muy negativamente en nuestra capacidad física. Esto podría ocurrir no por ser Adultos Mayores, sino por nuestro descuido, por no ayudarnos en el cuidado.

Los huesos, presentan cambios con relación a su capacidad para fijar el calcio, existiendo especialmente en mujeres en la edad menopaúsica, una alta tendencia a la pérdida de calcio, favoreciéndose la instalación de la enfermedad conocida como osteoporosis, la que a su vez puede favorecer la presencia de fracturas.

Las articulaciones, en forma frecuente, presentan, especialmente en las que han estado expuestas a una mayor presión, pequeñas alteraciones por desgaste de la articulación, pudiendo favorecer la presencia de osteoartritis.

Tanto la calidad de los huesos en su contenido de calcio, como el estado de las articulaciones, van a estar en mejores condiciones para nuestra vida de Adultos Mayores, si las personas han efectuado actividad física en forma regular durante su vida.²⁶

B. MODIFICACIONES EN EL SISTEMA NERVIOSO

En el sistema nervioso es donde están localizadas, funciones tan importantes en el diario vivir como: el proceso de pensamiento, los sentimientos, las funciones mentales superiores, la memoria.

Los cambios que se dan naturalmente con el envejecimiento son leves cambios en la memoria, especialmente para lo que conocemos como memoria de los hechos recientes, como es el olvidar el nombre de una persona nueva que nos presentan, o el de alguna persona conocida pero que no vemos a diario, donde dejamos las llaves, etc. El centro que regula la temperatura corporal, también se pone un poco más lento, ocasionando mayor fragilidad frente a cambios bruscos de temperatura ambiental, disminución del centro de

la sed disminución leve de sueño profundo, la parte de sueño más profundo con los años se hace más superficial lo que puede facilitar el despertarse más frecuente durante la noche.²⁶

C. MODIFICACIONES EN LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS

La vista: con el envejecimiento se presenta una disminución de la visión cercana, lo que se conoce como Presbicia, y que se corrige con el uso de lentes para apoyar la visión cercana. Por los propios cambios que presentan los ojos existe un mayor riesgo de aumentar la presión dentro del ojo, y puede llevar a presentar un glaucoma, enfermedad que si no se trata, puede ocasionar la pérdida de la visión o ceguera. Disminuye la capacidad para diferenciar colores, disminuye la secreción de lágrimas y se pierden pestañas.

El oído: aumenta el tamaño de la oreja, hay incremento de pelos en el pabellón auditivo, aumenta el depósito de cerumen y la audición, puede disminuir levemente con la edad, especialmente la capacidad para discriminar o diferenciar una palabra de otra, esto es conocido como presbiacusia. El oído, junto con ser el órgano de la audición, participa en el control del equilibrio, y con los cambios de la edad a veces en forma anormal, se puede producir alteraciones del equilibrio, mareos.

El gusto: hay pérdida progresiva del gusto, en especial del salado y dulce por alteración de las papilas gustativas de la lengua.

El olfato: se hace un poquito menos intenso, y aumenta la nariz.

El tacto: también presenta algunos pequeños cambios especialmente en la sensibilidad más profunda, como la de las piernas, los glúteos.

D. MODIFICACIONES EN EL SISTEMA RESPIRATORIO

Los cambios en el sistema respiratorio en el adulto mayor pueden presentarse: leve disminución de los espacios útiles para el intercambio de oxígeno y dióxido de carbónico, leve aumento de la producción de secreción respiratoria. El reflejo de la tos, se pone más lento, y hay una mayor tendencia a producir más secreción o desgarro, lo que puede favorecer la presencia de enfermedades, como una bronquitis aguda, una neuropatía.²⁶

E. MODIFICACIONES EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR

El corazón, es el componente principal de este sistema y su acción principal es un efecto de bomba que debe lograr que la sangre arterial, llegue a todas las partes del organismo, desde la cabeza a los pies, e igualmente recoger la sangre con dióxido de carbónico, y llevarla a los pulmones donde será eliminado del organismo, y la sangre nuevamente recibirá oxígeno. El corazón para distribuir la sangre en el organismo, dispone de una gran red de vasos sanguíneos arteriales y venosos.

La función de bomba del corazón puede presentar pequeños cambios, especialmente si tenemos en cuenta que el corazón es un músculo, este puede disminuir levemente su capacidad de bomba y las arterias que son una estructura altamente dinámica, se dilatan y contraen de acuerdo a la necesidad de sangre y oxígeno respectivamente, con el envejecimiento, se pueden colocar un poco más rígidas o duras, lo que facilita la posibilidad de presentar la enfermedad conocida como Hipertensión Arterial.²⁶

F. MODIFICACIONES EN EL SISTEMA DIGESTIVO

Con el envejecimiento se producen algunos cambios. En la boca el epitelio, la mucosa que cubre toda la boca se adelgaza, hay una menor producción de saliva, las encías también se adelgazan y tienden a retraerse, lo que puede favorecer la presencia de enfermedades como, caries dentales, y a veces pérdidas de piezas dentales.

En el estómago, junto con adelgazarse el epitelio de su cara interna, se reduce la producción de ciertas sustancias que son importantes para disolver los alimentos, como es el ácido clorhídrico.

En el intestino delgado es donde se efectúa el proceso de absorción de nutrientes o sustancias, el adelgazamiento de la mucosa con el envejecimiento, puede favorecer la presencia de alteraciones nutricionales, es por esto que las personas Adultas Mayores deben ser especialmente cuidadosos con su alimentación.

En el intestino grueso con el adelgazamiento de su pared, va a existir una mayor tendencia a presentar en forma anormal, divertículos, enlentecimiento del peristaltismo, lo que ocasiona el estreñimiento, el cual se evita con una ingesta abundante de verduras, frutas, fibra en general, y abundantes líquidos.⁵

G. MODIFICACIONES EN EL SISTEMA GENITOURINARIO

Los riñones, van a disminuir levemente su función, que es la filtrar y eliminar a través de la orina, sustancias producidas por nuestro organismo, producto del trabajo efectuado para la obtención de energía, o también llamado metabolismo, las sustancias eliminadas por este sistema, si se acumulan son tóxicas para el ser humano, por lo que es muy importante cuidar mantener al máximo su función. Los medicamentos, en un alto porcentaje los productos no utilizados de estos, son eliminados por los riñones, y el abuso de estos les puede ocasionar daño, por lo cual los Adultos Mayores deben ser especialmente cuidadosos con el uso de medicamentos.

La vejiga, es el órgano receptor de la orina, acumulando un determinado volumen, y luego, por una serie de procesos complejos, que comprende reflejos involuntarios, y otros voluntarios, la orina es vaciada o eliminada. Existe un esfínter que permite controlar la emisión de orina, y a veces por una anomalía se presenta una pérdida de la capacidad de contener la orina, ya sea frente a un esfuerzo, como toser, o por una necesidad urgente de orinar, ambas situaciones de incontinencia constituyen una enfermedad.⁵

H. MODIFICACIONES DEL SISTEMA INMUNITARIO

Hay una disminución de las defensas naturales del organismo (celulares y humorales) frente a los gérmenes causantes de enfermedades (virus bacterias, hongos, etc.), por ello, la persona mayor es más propensa a presentar infecciones.²⁷

Sin embargo, los cambios que ocurren durante la vejez no se deben exclusivamente a los procesos biológicos normales, sino que son también producto de cuatro factores interrelacionados: el envejecimiento biológico normal; las enfermedades; la pérdida de las aptitudes; y los cambios sociales que se suceden durante ese período de la vida; la acumulación de años de desuso y a la falta de actividad. La disminución de la capacidad es producto tanto del envejecimiento biológico como de la pérdida de la actividad, lo que presenta con frecuencia una "divergencia de aptitudes", entre la capacidad real y la capacidad potencial del individuo²⁸.

2.1.4.2.2. CAMBIOS PSIQUICOS

El envejecimiento de las funciones psicológicas varía de un individuo a otro y depende del entrenamiento durante la vida, del medio cultural y del nivel intelectual. Los principales

cambios se dan en las capacidades intelectuales y de los rasgos de personalidad y carácter.

- A. CAMBIOS EN LAS CAPACIDADES INTELECTUALES: a partir de los 30 años se produce una disminución de las funciones intelectuales y se acelera a partir de los 60 a 65 años. En la inteligencia se produce una reducción de la eficiencia. Se produce una falta de rapidez y espontaneidad en los procesos de pensamiento, hay también una disminución de la capacidad de concentración. la memoria se ve especialmente afectada; recordar hechos pasados no es difícil, pero si la retención de sucesos nuevos. Van olvidándose nombres de personas, así como los hechos recientes, sin embargo se conservan los acaecidos en tiempos lejanos.
- B. CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD Y EN EL CARÁCTER: “se envejece al como se ha vivido”, es decir, se van a acentuar rasgos de carácter, pero no aparecen cambios de comportamiento, se produce una disminución de la capacidad de adaptación cuando la causa es el miedo ante las situaciones desconocidas, por lo que la persona mayor desea ante todo un entorno estable y conocido que le ofrezca seguridad.²⁶

2.1.4.2.3. CAMBIOS SOCIALES

Entre las transformaciones están los cambios de rol, en que al papel de padre se agrega el rol de abuelo, acentuado muchas veces por el encanecimiento del pelo, que contribuye al cambio de apariencia, que debe ir seguido de un ajuste a la nueva imagen del cuerpo.

Muchas veces se pasa de ser trabajador activo a retirado o jubilado, perdiendo con esto la identidad ocupacional, con graves consecuencias psicológicas, sobre todo si el trabajo es el interés primario y fuente de contactos sociales, con el retiro o jubilación se inicia un proceso de aprendizaje para usar el tiempo libre y apreciar el ocio.

En la edad adulta mayor puede haber una reducción del ingreso que suele afectar la independencia, la seguridad, el alojamiento, la dieta y finalmente la salud.

En ocasiones, el rol de esposo pasas ser de viudo, con una vida más solitaria, agudizada por la muerte de amigos y por las limitaciones que impone a la vida social y la declinación de las funciones. El mundo social se estrecha y pueden aparecer sentimientos de soledad, desolación e inseguridad.

Con la edad aumentan los riesgos de salud y la conciencia de fragilidad del organismo, así como la necesidad de cuidar de su persona con un esmero y atención que antes no era

necesario.²⁷

2.1.4.3. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Las teorías que explican el cómo y el de porqué del envejecimiento son agrupadas en dos grandes categorías: biológicas y psicosociales. Las investigaciones biológicas se centran en indicadores discernibles del proceso del envejecimiento, mientras que los teóricos psicosociales intentan explicar el proceso en términos de conductas y personalidad.²⁹

2.1.4.3.1. TEORIAS BIOLÓGICAS

- A. **TEORÍA GENÉTICA:** según la teoría genética el envejecimiento es un proceso hereditario, involuntario que actúa en el tiempo para alterar las estructuras celulares o hiticas. En otras palabras la duración de la vida y los cambios de longevidad están predeterminados.²⁹

- B. **TEORÍA DEL DETERIORO:** esta teoría propone que la acumulación de productos de desecho del metabolismo o la privación de nutrientes, daña la síntesis del ácido desoxirribonucleico (ADN), lo que ocasiona disfunción molecular, y luego, falla orgánica. Los radicales libres son ejemplo de productos de desecho metabólico y causan lesiones cuando se acumulan. Estos radicales son átomos o moléculas con un electrón impar.

- C. **TEORIA DEL INFLUENCIA AMBIENTAL:** según esta teoría, los factores ambientales industriales, luz solar, traumatismos provocan cambios en el proceso de envejecimiento.

- D. **TEORIA INMUNITARIA:** Esta teoría describe una declinación del sistema inmunitario relacionado con la edad. A medida que la persona que envejece los mecanismos contra microorganismos extraños. Junto con la reducción inmunitaria, se produce un aumento en la reacción auto humanitario del cuerpo. Al envejecer, es probable que la persona desarrolle enfermedades autoinmunes, como artritis reumatoide y alergias a la comida y factores ambientales. El peso y tamaño de la glándula timo disminuye al avanzar la edad lo mismo que la capacidad que la capacidad de diferenciación de células T en el organismo. Al perder esta habilidad, la sangre confunde las células viejas e irregulares con cuerpos extraños y las ataca.

E. **TEORIA NEUROENDOCRINOLOGICAS:** En esta teoría se cree que el envejecimiento se debe a la desacelerada secreción de ciertas hormonas que influyen en reacciones reguladas por el sistema nervioso, Esto se aprecia con mayor claridad en las glándulas hipófisis, tiroides, suprarrenales y reproductoras, un área neurológica que siempre se deteriora con la edad.

Es el tiempo de reacción requerido para aceptar, procesar y reaccionar a órdenes, conocida como lentitud conductual, esta ligera disfunción a veces se malinterpreta como beligerancia, sordera o falta de conocimiento. Por lo general no es nada de eso, pero a menudo se trata a los adultos mayores como personas que no cooperan y ayudan.

2.1.4.3.2. TEORIAS PSICOSOCIOLOGICAS

A. **PERSONALIDAD:** Las teorías de la personalidad estudian aspectos de desarrollo psicológico, sin delinear tareas ni expectativas específicas para los adultos mayores. Jung presenta una teoría del desarrollo de la personalidad adulta en la que se clasifica a las personalidades como extrovertidas e introvertidas; además, planteó un necesario equilibrio entre ambas para tener una buena salud.

Neugarten y colaboradores hallaron que el envejecimiento con salud no depende de la intensidad de la actividad de la persona, sino de la satisfacción que siente por ella misma. Para muchos adultos mayores los centros para la tercera edad constituyen una fuente de actividades específicas que les brindan un sentido de afirmación de lo que era valioso en “los buenos años pasados”, muchos de ellos buscan activamente la compañía de otra persona, con frecuencia cuando esto ocurre en adultos mayores que experimentan la pérdida del cónyuge.

B. **TAREAS DE DESARROLLO:** las tareas de desarrollo son las actividades que uno debe de realizar y las dificultades que se van resolviendo en etapas específicas de la vida para lograr un envejecimiento exitoso. Erickson describe la tarea primaria de la edad avanzada como la capacidad de observar la propia vida, vivida con integridad. Cuando carece del sentido de esta integridad, el adulto mayor está en riesgo de preocuparse por sentimientos de arrepentimientos o por desesperación.

- C. **DESVINCULACION:** Señala que la vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo propio de la persona adulta mayor y la sociedad. La persona adulta mayor reduce voluntariamente sus actividades y compromisos, mientras que la sociedad estimula la segregación generacional. Describe el proceso de alejamiento de los adultos mayores de sus roles y responsabilidades sociales. Según estos teóricos, el proceso de alejamiento es pronosticable, sistemático inevitable y necesario para el funcionamiento adecuado de una sociedad en crecimiento, afirma que el adulto mayor se alegra con la disminución de sus contacto sociales y cuando una generación más joven asume sus responsabilidades.
- D. **ACTIVIDAD:** esta teoría está en contraposición directa a la anterior de la desvinculación, pues sustenta que la forma de envejecer con éxito consiste en mantenerse activos. Havinghurst escribió acerca de la importancia de mantener la actividad social como un medio para lograr un ajuste saludable en la edad avanzada. Afirma que un alto grado de participación es la clave para lograr un buen envejecimiento y autorrealización, quienes viven esto tienen más capacidad de adaptación y están más satisfechos con la vida.
- E. **CONTINUIDAD:** Afirma que la ruptura contribuye a hacer desagradable el proceso de envejecimiento, tanto como la unidimensionalidad de intereses o escasez de alternativas en los mismos; insistiendo en la posibilidad de continuar llevando el estilo de vida habitual, pues la personalidad en la vejez no es necesariamente distinta, sino por el contrario, muy semejante a la reflejada en la juventud y la adultez.²⁹

2.2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

INTERNACIONALES

En Costa Rica en el año 2012 se realizó un estudio titulado “capacidad de agencia de autocuidado en las personas adultas que padecen artritis reumatoide” El objetivo de la investigación consistió en analizar la capacidad de agencia de autocuidado que poseen las personas con diagnóstico de artritis reumatoide, quienes habitan en los cantones de Palmares y San Ramón. Se desarrolló una metodología de investigación cuantitativa de tipo descriptiva transversal. En cuanto a la población participante del estudio, estuvo conformada por 13 personas diagnosticadas con artritis reumatoide; respecto de los instrumentos utilizados para recolectar información, a los colaboradores se les aplicó el instrumento “Escala de apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado”, propuesta por Dorothea Orem. Se determinó que los participantes poseen alta capacidad de agencia de autocuidado en las diferentes categorías, ya que únicamente se detectó baja capacidad de agencia de autocuidado en cuanto a interacción social (2 personas), y respecto del consumo insuficiente de alimentos (5 personas). La escala ASA permite a la Enfermera (o) determinar la capacidad de agencia de autocuidado, de forma oportuna y eficaz. Además, permitió a las investigadoras observar un panorama general de las necesidades de autocuidado de la población participante y constatar que esta presenta alta capacidad de agencia de autocuidado.¹⁶

En Colombia en el año 2013 llevaron a cabo un estudio titulado: Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín - Colombia, con la intención de explorar la asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado con algunos factores básicos condicionantes relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca, entre los años 2007 a 2011. El estudio fue de corte transversal, con una muestra de 266 personas con insuficiencia cardíaca; los instrumentos utilizados incluyeron variables sociodemográficas, de apoyo social y clínicas, además de la evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado mediante la versión de ASA de Evers, validada al castellano por Gallegos. Los resultados muestran que la capacidad de agencia de autocuidado fue deficiente en el 47,0% de los participantes. Los mayores puntajes de ASA se encontraron en las personas mayores o iguales a 50 años, en los niveles socioeconómicos más altos, en los casados, en los que tenían educación tecnológica o universitaria, los que

practicaban actividades recreativas, los que tenían cualquier tipo de apoyo social, estaban en clase funcional I y en la fracción de eyección menores o iguales al 40%. El análisis de regresión logística mostró que la agencia de autocuidado suficiente está relacionada con la fracción de eyección, la edad y el estado civil; concluyendo que en la mitad de los participantes la capacidad de agencia de autocuidado fue deficiente y que los factores básicos condicionantes (la fracción de eyección, edad y estado civil) están asociados a una mejor capacidad de agencia de autocuidado.³⁰

En Colombia en el año 2011 se realizó un estudio titulado “asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana”. El objetivo de la investigación fue determinar la asociación entre los Factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten al Hospital Universitario la Samaritana. El diseño fue de tipo descriptivo, de asociación con abordaje cuantitativo y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 432 personas a quienes se les aplicó la ficha “Factores básicos condicionantes del autocuidado” y la “Escala de apreciación de capacidad de agencia de autocuidado”. El estudio permitió concluir que los participantes presentan niveles de autocuidado regular y bajo (51 y 48%); que de los diez factores básicos condicionantes que plantea la Teoría de Orem, la edad, el estado de desarrollo, el estado de salud, los factores del ambiente y los patrones de vida tienen una asociación fuerte con la capacidad de autocuidado al arrojar valores de $p = < 0.05$.³¹

NACIONALES

En Lima en el año 2015 se realizó una investigación titulada “capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al servicio de consulta externa de geriatría del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015” con el objetivo de determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. El estudio fue descriptivo, transversal, de diseño correlacional, participaron 175 personas con edades comprendidas entre 60 y 85 años, los datos fueron obtenidos a través de la escala ASA y el cuestionario SF-12 v2. Los resultados indican que el 90.9% de los participantes presenta una capacidad de agencia de autocuidado media y el 9.1% una capacidad de agencia de

autocuidado alta; ninguno de ellos presenta agencia de autocuidado baja. existe una relación directa y significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud ($\rho=0.284$, $p=0.000$), así como entre la capacidad de agencia de autocuidado y las dimensiones de vitalidad ($\rho=0.430$, $p=0.000$), la salud general ($\rho=0.249$, $p=0.001$), función física ($\rho=0.364$, $p=0.000$) y la salud mental ($\rho=0.250$, $p=0.001$) ; no se encontró relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y las dimensiones rol físico ($\rho=0.084$, $p=0.268$), rol emocional ($\rho=0.101$, $p=0.185$), dolor corporal ($\rho=0.092$, $p=0.225$) y funcionamiento social ($\rho=0.129$, $p=0.088$). Se concluye que la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud son variables que están relacionadas³².

Otro estudio realizado también en lima en el año 2015 titulado “Relación entre la autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosos pulmonar del Hospital de Baja Complejidad de Huaycán”, el objetivo fue determinar la relación entre la autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosos pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán. El estudio fue de diseño no experimental, transversal, descriptivo y correlacional, la muestra fue conformada por 68 pacientes con tuberculosis pulmonar. Los instrumentos para la recolección de datos fueron: La escala de Autoestima de Rosemberg y la Escala de apreciación de la agencia de autocuidado ASA (Appraisal of self-care Agency scale) de Isenberg y Evers. Los resultados mostraron que el 48.5% presenta un nivel alto de capacidad de agencia de autocuidado, el 26.5% y 25.0% presenta nivel bajo y medio respectivamente. En cuanto a la relación existe relación significativa ($r=0.261$, $P=0.031$) entre la variable autoestima y agencia de autocuidado. Al evaluar la relación entre las dimensiones de la agencia de autocuidado y la autoestima se encontró una relación directa y significativa con la dimensión de interacción social de agencia de autocuidado ($r=0.299$, $P=0.013$); sin embargo, en las dimensiones bienestar personal, actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos y la dimensión promoción del funcionamiento del desarrollo personal no se encontró relación significativa. Se concluye que existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la interacción social del paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”. En cuanto a las dimensiones existe relación significativa entre la autoestima y la interacción social. No se encontró relación significativa entre el nivel de autoestima y las dimensiones de bienestar personal, actividad-reposo, consumo suficiente de alimentos, promoción del

funcionamiento y desarrollo personal.²¹

En Arequipa en el año 2016 se realizó un estudio titulado “capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con osteoartritis Hospital Regional Honorio Delgado - MINSA” con el objetivo de Determinar la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida de los adultos mayores con osteoartritis del Hospital Regional Honorio Delgado – MINSA. Tipo de estudio fue cuantitativo descriptivo con diseño correlacional. La población objetivo estuvo constituida por 188 adultos mayores con osteoartritis registrados en el libro de seguimiento. Los instrumentos utilizados fueron: escala ASA y La escala de Autoestima de Rosenberg. Resultados que respecto a la variable capacidad de agencia de autocuidado global la mayoría de los adultos mayores con osteoartritis muestran bajo nivel con un 67.7%, seguido del regular nivel con el 19.7% y solo un 7.1% tienen un buen nivel de capacidad de agencia de autocuidado. Las dimensiones de la variable capacidad de agencia de autocuidado, la mayoría de los adultos mayores con osteoartritis presentan regular nivel en la dimensión interacción social con un 64.6% y en las dimensiones bienestar personal, actividad y reposo, consumo de alimentos, promoción del funcionamiento y desarrollo personal presentan un nivel bajo de capacidad de agencia de autocuidado con porcentajes de 74%, 70.9%, 61.4% y 72.4% respectivamente.¹⁸

En Lima en el año 2016 se realizó una investigación titulado “capacidad de agencia de autocuidado en pacientes jóvenes y adultos con VIH/SIDA del programa de control de ETS y SIDA - Hospital Nacional Hipólito Unanue - junio 2017” con el objetivo de Determinar el nivel de capacidad de agencia de autocuidado en pacientes jóvenes y adultos con VIH/SIDA del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Junio 2017. La investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, prospectivo. El universo estuvo constituido por 132 pacientes registrados en el Programa de Control de ETS y SIDA, que se encuentren recibiendo TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue – Junio 2017, la muestra quedó conformada por 99 pacientes y el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La técnica utilizada fue la entrevista y como instrumento la escala ASA. Resultados: Se encontró que la capacidad de agencia de autocuidado en los pacientes jóvenes y adultos con VIH/SIDA fue medio en un 57.6% y alto en un 42.4%, según la dimensión

interacción social se evidencio que la capacidad de agencia de autocuidado es medio con un 48.5%, en bienestar personal es medio con 50.5%, en la actividad y reposo es medio con 61.6%, en consumo de alimentos es medio con 70.7% y en promoción y desarrollo personal es alto con 57.6%. Conclusiones: El nivel de capacidad de agencia de autocuidado que tienen los pacientes jóvenes y adultos con VIH/SIDA es medio con tendencia a alto³³.

En Cajamarca en el año 2017 se realizó una investigación titulado “Capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial. Hospital EsSalud-II Jaén, 2017”. Tuvo como objetivo determinar la capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Hospital de EsSalud-II Jaén. La población de estudio estuvo conformada por 60 adultos mayores a quienes se les aplico un cuestionario. Se concluye que: Los adultos mayores en su mayoría son de sexo femenino, de estado civil casado, con nivel de instrucción secundaria y dedicada a un trabajo independiente. Viven con su conyugue y su red de apoyo social lo constituye básicamente el club del adulto mayor y en menor medida sus hijos. Al describir la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial, en las dimensiones: disposición para actuar, asume compromisos y actúa; Solo a veces las asumen, de lo que se deduce que necesitan de mayor información y apoyo para lograr su empoderamiento respecto a su situación. Los adultos mayores tienen nivel de agencia de autocuidado medio³⁴.

LOCALES

En Puno, 1997, realizó un estudio titulado “variaciones del conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes hipertensos atendidos en el IPSS-puno. Habiéndose propuesto el siguiente objetivo: establecer las variaciones del conocimiento y autocuidados en pacientes hipertensos atendidos en el IPDD- Puno, la población en estudio estaba conformado con 66 pacientes hipertensos, se utilizó el método descriptivo diseño descriptivo comparativo. La técnica empleada fue entrevista y el instrumento guía de entrevista. La conclusiones a las que se llegó fueron el 45% de pacientes nuevos del programa de hipertensión arterial poseen un conocimiento deficiente sobre la enfermedad, en tanto los pacientes antiguos tienen conocimiento regular con el 48.4%. Respecto a las prácticas de autocuidado se tiene que: referente a la dieta el 45.4% de paciente nuevos tienen sobrepeso, en 72.7% a veces reduce el sodio y el 84.4% no

incrementa potasio en su alimento. En cuanto a la a actividad física ambos grupos no practican ejercicios, en cuanto a hábitos nocivos los paciente nuevos el 6.6% a veces consumen alcohol, en cuanto a paciente antiguos el 54.5% no consume alcohol. En el control asistencial. Los paciente nuevos inasisten algunas veces en un 39.3% y los antiguos asisten puntualmente el 60.6%²⁸.

CAPITULO III.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

La investigación es de tipo descriptivo cuantitativo que permitió describir la capacidad de autocuidado según el modelo de Dorothea Orem en adultos mayores del distrito de Ayapata. El diseño de investigación es descriptivo simple de corte transversal, porque permitió exponer los hallazgos de la variable tal y como se presenta en la realidad en un tiempo y espacio determinado³⁵.

El diagrama que le corresponde es:

M _____ O

Donde:

M = representa la muestra de los adultos mayores.

O = representa la capacidad de autocuidado de los adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65 del Distrito de Ayapata.

3.2. UBICACIÓN DE LA INVESTIGACION

La investigación se realizó en el departamento de Puno; Provincia de Carabaya; Distrito de Ayapata.

El Distrito De Ayapata se encuentra fuera de la Meseta del Titicaca, al otro lado de la cordillera real de Carabaya, descendiendo a la Región de Madre de Dios. Se ubica a 3650 m.s.n.m. en las regiones de la sierra y montaña, teniendo sectores de sierra, cabecera de montaña y montaña; a 14° 7' 24" de Latitud sur; 70° 78' 58" de longitud oeste del meridiano de Greenwich. Posee tres climas completamente distintos; en la sección de la sierra es frígido, en la cabecera de las montañas es templado y en las montañas caluroso con lluvias torrenciales en verano. La mayoría de la población del medio urbano habla el castellano y el quechua, se observa que en el medio rural tanto hombres como mujeres se comunican en quechua.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACION: La población de estudio estuvo constituida por 349 adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Ayapata.

MUESTRA: La muestra constituida por 75 adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Ayapata.

TIPO DE MUESTREO: El método muestral que se empleó fue el probabilístico, aleatorio simple, el mismo que se obtuvo aplicando la siguiente formula.

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N-1)e^2 + z^2pq}$$

Donde:

N = población (349)

n = muestra

p = proporción de adultos mayores con capacidad de autocuidado adecuado (0.5)

q = proporción de adultos mayores con capacidad de autocuidado inadecuado (0.5)

Z = nivel de confianza (1.96)

e = error probable (0.1)

Remplazando:

$$n = \frac{349(1.96)^2(0.5)(0.05)}{(349-1)(0.1)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.05)}$$

$$n = \frac{349(3.8416)(0.25)}{(348)(0.01) + (3.8416)(0.25)}$$

$$n = \frac{349(0.9604)}{3.48 + 0.9604}$$

$$n = \frac{335.1796}{4.4404} = 75.4$$

CRITERIOS DE INCLUSION

- ✓ Adultos mayores de ambos sexos de 65 a más años de edad beneficiarios del Programa Pensión 65.
- ✓ Adultos mayores que otorguen consentimiento informado para participar en el estudio de investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- ✓ Adultos mayores que no pertenecen al Programa Pensión 65.
- ✓ Adultos mayores con discapacidad física y/o mental (sordomudos, afección neurológica o psicológica).
- ✓ Adultos mayores que no otorguen consentimiento informado para participar en el estudio de investigación.

3.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	CATEGORIA	INDICE
Capacidad de autocuidado del adulto mayor.	Interacción social.	Quando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
		Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
Es la habilidad de la persona para discernir y tomar decisiones sobre las necesidades de cambiar o autorregularse realizando acciones y actitudes favorables para su salud.	Bienestar personal.	Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
		Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
		Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
		Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
		Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
		Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
		Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
		He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
		Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
		Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5

	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
	Puedo sacar tiempo para mí.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
Actividad y reposo.	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
	Consumo suficiente de alimentos.	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.
Promoción del funcionamiento y desarrollo personal.	A medida que cambien las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5
	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	Totalmente en desacuerdo. En desacuerdo Indeciso de acuerdo Totalmente de acuerdo.	1 2 3 4 5

3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

TÉCNICA: para el logro de los objetivos del presente estudio se utilizó la entrevista dirigida a los adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65.

INSTRUMENTO: El instrumento utilizado fue la escala de capacidad de agencia de autocuidado (ASA-A), aplicado mediante la entrevista, con el cual se evaluó la capacidad de autocuidado en las dimensiones de interacción social (2 ítems), bienestar personal (12 ítems), actividad y reposo (5 ítems), consumo suficiente de alimentos (1 ítems) y promoción del funcionamiento y desarrollo personal (4 ítems).³⁶

CALIFICACION DEL INSTRUMENTO

El instrumento consta de 24 ítems. Agrupados con un formato de respuestas de cinco alternativas tipo Likert donde el número uno (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de la capacidad de autocuidado y el cinco (totalmente de acuerdo) el más alto. Considerando que los ítems 6, 11 y 20 son negativos.³⁷

- ✓ Totalmente desacuerdo = 1 punto
- ✓ Desacuerdo = 2 puntos
- ✓ Indeciso = 3 puntos
- ✓ De acuerdo = 4 puntos.
- ✓ Totalmente de acuerdo = 5 puntos

DISTRIBUCIÓN DE LOS INTERVALOS PARA EVALUAR CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO POR CATEGORÍAS Y GLOBAL

Capacidad de autocuidado	Interacción Social	Bienestar Personal	Actividad y reposo	Consumo de alimentos	Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	Puntaje total
ALTO	8-10	45-60	19-25	5	15-20	89-120
MEDIO	5-7	29-44	12-18	3-4	10-14	57-88
BAJO	2-4	12-28	5-11	1-2	4-9	24-56

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La escala ASA, originalmente fue desarrollada en idioma inglés por Isenberg y Evers en el año de 1983 en Holanda. Este instrumento, ha sido traducido y validado en varios idiomas, en países de Europa, Asia oriental y en Latinoamérica.

Fue traducida al español por dos estudiantes del doctorado en Enfermería y tres traductores profesionales en México, en donde los ítems 4, 6, 13 y 16 fueron reescritos en forma más simple, directa y gramaticalmente correcta. La versión al español de la Escala ASA es equivalente a la original en el idioma inglés, por lo que se considera que está lista para su uso.

La validez y confiabilidad se realizó en Colombia, por Velandia y Rivera en personas con factores de riesgo cardiovascular, la confiabilidad se evaluó a través de la consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de 0.74 y la validez se midió a través de análisis factorial káiser Meyer Olkin (KMO) 0.70 y la prueba de esfericidad de Bartell fue estadísticamente significativa $p < 0.001$; 276gl. χ^2 1174.6. Los resultados confirmaron la validez y la confiabilidad de la escala ASA en la versión español.³⁶ en tal sentido, considerando estos valores es que se tomó en cuenta el instrumento para el estudio.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados en la presente investigación se realizó las siguientes actividades.

A) COORDINACION

- Se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano - Puno una carta de presentación dirigida al promotor del Programa Pensión 65 del distrito de Ayapata.
- Se presentó el documento emitido por la Facultad de Enfermería al promotor del Programa Pensión 65 del distrito de Ayapata, con la finalidad de obtener la autorización para la ejecución de la investigación.

- Obtenida la autorización, se realizó coordinaciones con el promotor de dicho programa, para la ejecución de la investigación.
- Se obtuvo una relación con las direcciones de los adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Ayapata, para realizar las visitas domiciliarias.

B) DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

- Una vez realizado los trámites y coordinaciones correspondientes, se prosiguió a la aplicación del instrumento.
- El primer día del encuentro con los adultos mayores, el promotor presentó a la investigadora ante ellos, dándoles a conocer de manera concisa sobre el objetivo, la utilidad y finalidad de la investigación, y sobre todo el carácter confidencial de la entrevista.
- Se aprovechó de este encuentro para cumplir con la entrevista a los adultos mayores que residen en los lugares más alejados de la capital del distrito (Camatani e Icano).
- Los siguientes días se continuó con la entrevista utilizando la estrategia de la visita domiciliaria para garantizar la privacidad en el recojo de la información.
- Previo a la entrevista se hizo firmar la hoja del consentimiento informado a cada adulto mayor.
- Luego se prosiguió a la entrevista, para lo cual fue necesario utilizar el idioma nativo que predomina en los adultos mayores que es el quechua, que permitió lograr una mayor confianza con ellos.
- La duración del tiempo de aplicación de la entrevista a cada uno de los adultos mayores fue de 15 a 20 minutos.
- Concluida la entrevista se agradeció al adulto mayor por su colaboración y participación en la investigación.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Al término de la ejecución y obtención de datos se realizó las siguientes acciones:

- ✓ Codificación del instrumento con la información recolectada
- ✓ Traslado de la información al formato de Excel
- ✓ Vaciado y tabulación de datos
- ✓ Elaboración de cuadros estadísticos, para su análisis descriptivo.

- ✓ Se analizó los datos según los resultados obtenidos en la tabulación
- ✓ Se realizó el contraste con la teoría y estudios previos según los resultados obtenidos en cada dimensión.

Para el análisis de los resultados se utilizó la estadística descriptiva a través de la distribución porcentual, utilizando la siguiente fórmula.

$$P = \frac{x}{n} (100)$$

Donde:

p: porcentaje.

n: tamaño de muestra.

x: número de casos favorables.

CAPITULO IV.**RESULTADOS Y DISCUSIÓN****4.1. RESULTADOS**

TABLA N° 01
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO GOBAL SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO	N° DE ADULTOS MAYORES	%
ALTO	6	8.0%
MEDIO	64	85.3%
BAJO	5	6.7%
TOTAL	75	100%

Fuente: guía de entrevista aplicada a los adultos mayores del distrito de Ayapata.

En el cuadro se observa que respecto a la capacidad de autocuidado, el 85.3% de los adultos mayores tienen un nivel de capacidad de autocuidado medio, 8.0% capacidad de autocuidado alto y 6.7% capacidad de autocuidado bajo.

TABLA N° 02
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN INTERACCIÓN SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.

NIVELES	N° DE ADULTOS MAYORES	%
ALTO	34	45.3%
MEDIO	23	30.7%
BAJO	18	24.0%
TOTAL	75	100%

Fuente: guía de entrevista aplicada a los adultos mayores del distrito de Ayapata.

En el cuadro se aprecia que en la dimensión interacción social el 45.3% de los adultos mayores tienen capacidad de autocuidado alto; 30.7% capacidad de autocuidado medio y 24.0% capacidad de autocuidado bajo.

TABLA N° 03

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN BIENESTAR PERSONAL
EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.**

NIVELES	N° DE ADULTOS MAYORES	%
ALTO	13	17.3%
MEDIO	50	66.7%
BAJO	12	16.0%
TOTAL	75	100%

Fuente: guía de entrevista aplicada a los adultos mayores del distrito de Ayapata.

En el cuadro se aprecia que en la dimensión bienestar personal el 66.7% de los adultos mayores tienen capacidad de autocuidado medio; 17.3% capacidad de autocuidado alto y 16.0% capacidad de autocuidado bajo.

TABLA N° 04

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN ACTIVIDAD Y REPOSO EN
ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.**

NIVELES	N° DE ADULTOS MAYORES	%
ALTO	3	4.0%
MEDIO	51	68.0%
BAJO	21	28.0%
TOTAL	75	100%

Fuente: guía de entrevista aplicada a los adultos mayores del distrito de Ayapata.

En el cuadro se aprecia que en la dimensión actividad y reposo el 68.0% de los adultos mayores tienen capacidad de autocuidado medio; 28.0% capacidad de autocuidado bajo y 4.0% capacidad de autocuidado alto.

TABLA N° 05
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN CONSUMO SUFICIENTE DE ALIMENTOS EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.

NIVELES	N° DE ADULTOS MAYORES	%
ALTO	2	2.7%
MEDIO	28	37.3%
BAJO	45	60.0%
TOTAL	75	100%

Fuente: guía de entrevista aplicada a los adultos mayores del distrito de Ayapata.

En el cuadro se aprecia que en la dimensión consumo suficiente de alimentos el 60.0% de los adultos mayores tienen capacidad de autocuidado bajo; 37.3% capacidad de autocuidado medio y 2.7% capacidad de autocuidado alto.

TABLA N° 06
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.

NIVELES	N° DE ADULTOS MAYORES	%
ALTO	21	28.0%
MEDIO	49	65.3%
BAJO	5	6.7%
TOTAL	75	100%

Fuente: guía de entrevista aplicada a los adultos mayores del distrito de Ayapata.

En el cuadro se aprecia que en la dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal el 65.3% de los adultos mayores tienen capacidad de autocuidado medio, 28.0% capacidad de autocuidado alto y 6.7% capacidad de autocuidado bajo.

4.2. DISCUSION

En el contexto general la capacidad de autocuidado en los adultos mayores del distrito de Ayapata-2018 es de nivel medio, según Orem la capacidad de autocuidado es definida como la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinados para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.⁶

A partir de lo anterior se refleja que, los adultos mayores del presente estudio poseen una capacidad parcial de autocuidado, es decir que no tienen la habilidad total para distinguir los factores que deben ser controlados o tratados, de actuar para lograr el cambio o la regulación, de adquirir conocimientos puesto que el temor les impide, por consiguiente no realizan el autocuidado adecuado, esto se puede deberse a que los adultos mayores tengan un bajo nivel de educación, que contribuye de manera negativa. De lo que se deduce que necesitan de mayor información sobre la importancia del autocuidado y apoyo para lograr el empoderamiento de sí mismo, regular su propio funcionamiento y desarrollo.

Esta situación podría atribuirse a que si bien los adultos mayores pertenecen al programa pensión 65, dicho programa solo se encarga de otorgarles el apoyo económico, más no se preocupa por su salud. Por otra parte, los establecimientos de salud a través de sus profesionales, no se proyectan a este grupo etario con intervenciones que promuevan el autocuidado de su salud.

Estos resultados se asemejan a los de Olazo quien en el 2015 en Lima obtuvo que casi la totalidad de los adultos mayores presentan una capacidad de agencia de autocuidado media y sólo una mínima cantidad, capacidad de agencia de autocuidado alta; de igual manera en el estudio de Arteaga en adultos mayores con hipertensión arterial, obtuvo que más de la mitad poseen una capacidad de agencia de autocuidado media, y Muñoz, en Lima obtuvo capacidad de agencia de autocuidado medio en pacientes con VIH-SIDA, también Espitia, refiere en su estudio que los participantes con hipertensión arterial presentaron niveles de autocuidado regular y bajo. En tanto que, difieren con los de Apaza et al. Quienes obtuvieron en el 2016, Arequipa en pacientes con osteoartritis un nivel bajo de capacidad de

autocuidado; mientras que Leiva et al. En el 2012 en Costa Rica, en personas adultas con artritis reumatoide obtuvo una alta capacidad de agencia de autocuidado. Del mismo modo, Suarez en el 2015 en lima, realizo un estudio en pacientes con TBC obteniendo que casi la mitad de la muestra presentaron un nivel alto de capacidad de agencia de autocuidado. Esta diferencia posiblemente se deba a que pertenecen a realidades y etapas de vida distinta al estudio.

En la dimensión interacción social se aprecia que los adultos mayores presentan capacidad de autocuidado alto, esto demuestra que el adulto mayor busca ayuda en sus familiares, amigos cuando se trata del cuidado de sí mismo, conducta que influye positivamente en su salud, contribuyendo a mantener una estabilidad emocional, descansar y relajarse. Según Orem, este es uno de los ocho requisitos de autocuidado universal que requiere ser satisfecho no solo para el control temprano de la patología sino también para encontrar un apoyo en los demás y una influencia en sus comportamientos y hábitos.¹⁴

Podemos contrastar estos resultados con los de Leiva et al. (Costa Rica) que más de la mitad de la población alcanzó capacidad de agencia de autocuidado alto, en tanto que difieren con los de Suarez, Apaza y Muñoz, en diferentes ciudades del Perú, que obtuvieron capacidad de agencia de autocuidado medio. Esta diferencia podría atribuirse a que los adultos mayores pertenecen a otros ámbitos sociales, además de que en dichos estudios consideraron la presencia de enfermedades como tuberculosis pulmonar, osteoartritis, y VIH-SIDA.

En cuanto a la dimensión bienestar personal la mayoría de los adultos mayores tiene capacidad de autocuidado medio. Diener señala que el concepto de bienestar personal integra tres elementos que lo caracterizan, por un lado, está su carácter individual, basándose en la propia experiencia personal y en las percepciones y evaluaciones de la misma, Por otro lado, se encuentra su dimensión global, que incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de la vida, por último, la necesaria inclusión de medidas positivas.¹⁶

Según lo señalado, los ítems que los adultos mayores del estudio respondieron con un puntaje bajo son: “yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora”, “soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud”, “yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio”. Respecto a esto, los adultos mayores no tienen la capacidad suficiente para manifestar respuestas sobre el autocuidado a partir de indagación y reflexión y tampoco verifican la condición de su cuerpo ni realizan adaptaciones en aquellos aspectos que más los afectan, puesto que muchos de ellos

consideran que el ser personas de tercera edad, es sinónimo de discapacidad, teniendo una idea pesimista. (Ver anexo N° 05).

Resultados similares con los de Suarez y Muñoz, quienes refieren en sus estudios que más de la mitad de los adultos mayores obtuvieron capacidad de agencia de autocuidado media; en tanto que difieren con los de Leiva et al. Quien encontró que el total de la población se ubicó en el parámetro Alta Capacidad de Agencia de Autocuidado; y con los de Apaza que obtuvo una capacidad de agencia de autocuidado baja en la mayoría de la población. Esta diferencia posiblemente se deba a que la persona que presenta alguna enfermedad pone más interés en su cuidado, en cambio la persona que se percibe supuestamente sano se descuida.

Respecto a la dimensión actividad y reposo, más de la mitad de los adultos mayores poseen capacidad de autocuidado medio, esto significa que ellos tienen la capacidad para movilizarse o conseguir ayuda en caso de tener problemas para movilizarse y realizar actividad física, sin embargo, no realizan ejercicio, lo que podría estar relacionado con la pereza, falta de motivación y el desconocimiento de la importancia de estos para la salud, tampoco duermen lo suficiente como para sentirse descansado.

Según las revisiones bibliográficas nos dice que el sueño de la persona adulta sufre cambios en la continuidad, duración y profundidad, propios del pasar de los años, por lo cual generalmente, el adulto mayor considera su sueño menos placentero.²⁴ Estos resultados son similares a los de Apaza que obtuvo en Arequipa, una capacidad de agencia de autocuidado regular en adultos mayores con osteoporosis.

La dimensión consumo suficiente de alimentos comprende una alimentación saludable, suficiente en energía y nutrientes, es decir aporta cantidad de calorías y nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales.²¹ Orem plantea que el consumo adecuado de nutrientes debe ser de acuerdo con la situación específica de salud de cada individuo, es decir, con una ingesta rica tanto en variedad como en cantidad para mantener el peso adecuado.²² En los adultos mayores del estudio se evidencia una situación preocupante, puesto que más de la mitad de ellos presentan una capacidad de autocuidado bajo; esto demuestra que no conocen su peso adecuado ni la cantidad de alimentos que deben consumir de acuerdo a su situación de salud. Por consiguiente, no realizan cambios de hábitos alimenticios adecuados, puesto que en el momento de la entrevista la mayoría de ellos refirieron que solo consumen alimentos que están a su disposición sin diferenciar la cantidad de aporte de nutrientes.

Resultados que se asemejan con los de Suarez, Apaza y Leiva que obtuvieron una capacidad de agencia de autocuidado bajo; en tanto que difiere con los de Muñoz, que obtuvo capacidad de agencia de autocuidado medio en la mayoría de la población.

Respecto a la dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal, definidas como actividades y modificaciones que realiza la persona para el mantenimiento de las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el progreso humano,¹⁴ al evaluar se obtuvo que los adultos mayores del estudio poseen una capacidad de autocuidado medio; esto indica que los adultos mayores tienen la capacidad de adaptarse a los cambios o situaciones que se presentan durante su envejecimiento pero no de manera completa, es decir, que, no afrontan de manera adecuada las situaciones que se les presenta. Esto posteriormente podría traerles problemas en su funcionamiento y desarrollo personal. Resultados que difieren con los de Muñoz, que obtuvo alta capacidad de agencia de autocuidado, de igual forma con los de Apaza y Suarez quienes obtuvieron capacidad de agencia de autocuidado bajo.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** La capacidad de autocuidado de los adultos mayores alcanzó el nivel medio, evidenciando que los adultos mayores no poseen la habilidad máxima de autocuidado, dificultando la distinción entre lo que es bueno y malo para su autocuidado.
- SEGUNDA:** En la dimensión interacción social presentan una capacidad de autocuidado alto, demostrando que el adulto mayor es un ser sociable y que busca ayuda en sus familiares y amigos para el cuidado de sí mismo.
- TERCERA:** En cuanto a la dimensión bienestar personal los adultos mayores tienen capacidad de autocuidado medio, indicando que no están alertas ante las posibles ocurrencias de peligro, que tienen habilidad parcial para decidir y actuar frente a los cambios por los que está atravesando.
- CUARTA:** Respecto a la dimensión actividad y reposo, poseen capacidad de autocuidado medio, esto implica que los adultos mayores realizan actividades de manera parcial para movilizarse y conseguir ayuda para lograrlo.
- QUINTA:** En cuanto a la dimensión consumo suficiente de alimentos, los adultos mayores presentan una capacidad de autocuidado bajo, esto demuestra desconocimiento de su peso adecuado y de la cantidad de alimentos que deberían consumir según sus requerimientos.
- SEXTA:** Respecto a la dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal, los adultos mayores poseen una capacidad de autocuidado medio de manera predominante, mostrando que no afrontan de manera adecuada las situaciones que se les presenta.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Al promotor del Programa Pensión 65 del distrito de Ayapata, que implemente estrategias que promuevan las actividades de autocuidado en coordinación con el personal del establecimiento de salud propiciando la participación activa del adulto mayor.
- SEGUNDA:** A los profesionales del sector salud, especialmente al profesional de enfermería a cargo de la estrategia sanitaria del adulto mayor de los diferentes establecimientos de salud del distrito de Ayapata, que realicen una atención integral, educación fortaleciendo la consejería a través de programas y estrategias preventivo promocionales orientadas a mejorar la capacidad de autocuidado y promover un envejecimiento saludable.
- TERCERA:** A los bachilleres de enfermería realizar estudios de investigación similares a la problemática de autocuidado del adulto mayor involucrando más variables como calidad de vida, autoestima y factores asociados que permitan lograr su capacidad de autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización mundial de la salud. [internet].; 2013 citado 2018 abril 16. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
2. Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las personas mayores en México. . [internet].; febrero de 2015. citado 2018 abril 16. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
3. Ministerio de salud. Documento técnico: organización de los círculos de adultos mayores en los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Lima 2015
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población de PAM por grupos quinquenales de edad, según departamento, provincia y distrito 2015. [internet]. Citado el 22 de abril del 2018 Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Puno2.html>.
5. Opazo. Manual para el autocuidado de los adultos mayores. Comité nacional para el adulto mayor PNUD. 1999 pág. 37.
6. Orem, D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat; 1993.
7. Ministerio de salud. Documento técnico “organización de los círculo del adultos mayores en los establecimientos de salud del primer nivel de atención”. [internet] Lima: ministerio de salud; 2015. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/bsvminsa.asp>.
8. Alvear M. Percepción de la capacidad de autocuidado en el adulto mayor del Centro de Promoción Activa IESS, Cuenca, 2014. [Tesis de Especialidad en Enfermería Geriátrica y Gerontológica] Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014.
9. Millán Méndez, Israel E. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. En: Memorias del programa científico Universidad 2010 [Internet]. La Habana: Editorial Universitaria; 2010. [Cited 2018 April 19]. Available from: ProQuest Ebook Central Created from bibliounapunosp on 2018-04-19 14:25:39.

10. Pardevé. Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de santa maría del valle [tesis para optar el título profesional de licenciatura en enfermería]. Huánuco: universidad de Huánuco; 2016.
11. Torres. Autocuidado en la prevención de caídas que tiene el adulto mayor que asiste al centro integral del adulto mayor de barranco periodo enero a marzo 2015. [tesis] lima: Universidad San Martín de Porres. 2015. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1591/3/torres_j.p.
12. Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Dorothea Orem Teoría del déficit de autocuidado: 7ma ed. España; Ed. De, S.L; 2011. Pág. 265-281.
13. Rivera. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. Artículo vol xxiv n° 24 [internet] jul-dic 2006. [citado 2018 Jun 24]; disponible en <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35969/37129>.
14. Prado, Gonzales, Paz, et.al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. [artículo de revista en internet] oct. 2014 [citado el 18 de enero del 2019] disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/articulodorotheaOrem/4545-1-PB.pdf>.
15. Guirao-Goris JA. La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. [artículo de revista en internet] Educare21 2003; 2. [acceso 29 de abril de 2018] Disponible en: <https://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/agencia.pdf>.
16. Leiva Díaz, V, Acosta Rojas, P, Berrocal Barboza, Y, Carrillo Sancho, E, Castro Marín, M, Watson Guido, Y. Capacidad de agencia de autocuidado en las personas adultas que padecen artritis reumatoide. Enfermería Actual en Costa Rica [revista en Internet]. Abril-septiembre 2012;(22). [citado el 01 de junio de 2018] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44823378001>.
17. Duran, Orbegoz Valderrama, Uribe, et al. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia, Universidad de Granada, España V. 7 No.1 enero-abril 2008 265. [acceso 29 de junio del 2018] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n1/v7n1a19.pdf>.

18. Apaza, Arias. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con osteoartritis Hospital Regional Honorio Delgado – MINSA. [Tesis para obtener el grado de Licenciada en enfermería] Universidad Nacional de San Agustín Arequipa 2016.
19. Carmona Valdés. El bienestar personal en el envejecimiento. Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana [Internet]. 2009; IV (7):48-65. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211014858003>
20. Lesur, Luis. Cuidado cotidiano del adulto mayor. Cuidado de los adultos mayores: México; editorial miembro de la cámara nacional de la industria; 2012: P 50.
21. Suarez. Relación entre la autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar del Hospital de Baja Complejidad de Huaycán. [Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Enfermería]. Universidad Peruana Unión- unidad de posgrado de ciencias de la salud; Lima 2015.
22. Ellen, Padilla. autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. Centro de salud Salaverry 2015. [tesis de licenciatura en enfermería]. Trujillo, Universidad Privada Antenor Orrego, 2015.
23. Frei. Guía de Capacitación de Autocuidado de la Salud Enfocada en las necesidades de las personas mayores. [documento en internet] Help Age Internacional; marzo 2015, citado el 24 de abril del 2018. disponible en: <http://www.helpagela.org/silo/files/gua-de-capacitacin-de-autocuidado-de-la-salud.pdf>.
24. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. primera ed. Anzola E, editor. Washington: publicacion Organizacion Panamericana de la Salud, Organizacion Mundial de la Salud; 1993.
25. Ministerio de salud. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores / Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Lima: Ministerio de Salud, 2006.
26. Pérez, Andrés. cambios ligados al proceso del envejecimiento. Guía de cuidados de personas mayores: España; editorial síntesis s.a. Vallehermosa; 2005. P 19-23

27. Lesur, Luis. Cambios debidos a la edad adulta mayor. Cuidado de los adultos mayores: México; editorial miembro de la cámara nacional de la industria; 2012: p 15-28
28. Mendizábal. Variaciones del conocimiento y prácticas de autocuidado en pacientes hipertensos atendidos en el IPSS-puno. [tesis de licenciatura en enfermería]. Puno. Universidad Nacional del Altiplano. 1997.
29. Mickey, kathryn, gauntlett. Teorías del envejecimiento. Enfermeria geriátrica: mexico; 3ra ed; editorial Mc Graw Hill educación. P 11-14.
30. Rodríguez, M. Arredondo, E y Salamanca, Y. (2013). Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). [Revista electrónica]. Enfermería Global. 12(2), 183-195 disponible en: file:///C:/Users/PC/Downloads/147921-634811-1-PB.pdf.
31. Espitia. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana [tesis para optar el título de magíster en enfermería] [internet] Bogotá. Universidad Nacional De Colombia, 2011.disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4828/1/luzcarineespitiacruz.2011.pdf>.
32. Olazo. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al servicio de consulta externa de geriatría del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015. [Tesis presentada para obtener el Grado Académico de Magíster en Enfermería con mención en Cuidados para la Salud del Adulto]. Lima 2015. Universidad peruana unión –escuela de post grado.
33. Muñoz. Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes jóvenes y adultos con VIH/SIDA del programa de control de ETS y SIDA - Hospital Nacional Hipólito Unanue - junio 2017. [Tesis para optar el título de licenciatura en Enfermería]. Universidad San Martín de Porres Lima. 2016.

34. Arteaga. Capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial. Hospital EsSalud-II Jaén, 2017". [Tesis para optar el título de licenciatura en Enfermería]. Universidad nacional de Cajamarca- filial Jaén. Cajamarca 2017.
35. Hernández, Fernández, Baptista. Metodología de la investigación. 6ta ed. México. Interamericana editores S.A.DE C.V. 2014 mayo. Pág. 736.
36. Manrique-Abril, F, Fernández, A, Velandia, A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichan [Internet]. 2009;9(3):222-235. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147003>.
37. Vega Angarita, OM. Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia). Salud Uninorte [en línea] 2014, 30 (Mayo-Agosto): [Fecha de consulta: 24 de abril 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81732428005>> ISSN 0120-5552.

ANEXOS

ANEXO N° 01 MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO
<p>¿Cuál es la capacidad de autocuidado según la teoría de Dorothea Orem en adultos mayores del distrito de Ayapata-2018?</p> <p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la capacidad de autocuidado según el modelo de Dorothea Orem en adultos mayores del distrito de Ayapata-2018</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar la capacidad de autocuidado en la dimensión interacción social según el modelo de Dorothea Orem en adultos mayores. ✓ Identificar la capacidad de autocuidado en la dimensión bienestar personal según el modelo de Dorothea Orem en adultos mayores. ✓ Identificar la capacidad de autocuidado en la dimensión actividad y reposo según el modelo de Dorothea Orem en adultos mayores. ✓ Identificar la capacidad de autocuidado en la dimensión consumo suficiente de alimentos según el modelo de Dorothea Orem en adultos mayores. ✓ Identificar la capacidad de autocuidado en la dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal según el modelo de Dorothea Orem en adultos mayores. 	<p>Capacidad de autocuidado del adulto mayor</p>	<p>La población de estudio estuvo constituida por 349 adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Ayapata y la muestra por 75 adultos mayores.</p>	<p>No experimental, descriptivo simple de corte transversal</p> <p>Diagrama:</p> <p>M ----- O</p> <p>Donde:</p> <p>M = representa la muestra de los adultos mayores.</p> <p>O = representa la capacidad de autocuidado del adulto mayor beneficiarios del Programa Pensión 65 del distrito de Ayapata.</p>	<p>Escala (ASA-A) desarrollado según la teoría de Dorothea Orem.</p>	

ANEXO N° 02: TABULACIÓN DE DATOS

Personas	Íte ms 1	Íte ms 2	Íte ms 3	Íte ms 4	Íte ms 5	Íte ms 6	Íte ms 7	Íte ms 8	Íte ms 9	Íte ms 10	Íte ms 11	Íte ms 12	Íte ms 13	Íte ms 14	Íte ms 15	Íte ms 16	Íte ms 17	Íte ms 18	Íte ms 19	Íte ms 20	Íte ms 21	Íte ms 22	Íte ms 23	Íte ms 24	TOTAL
N° 01	2	1	3	5	4	2	2	4	2	3	4	2	4	3	2	2	1	2	2	3	4	4	3	5	69
N° 02	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	1	1	5	3	4	4	4	4	4	91
N° 03	1	2	2	2	4	1	2	2	4	2	4	2	4	1	4	1	2	5	2	2	4	2	4	4	61
N° 04	4	4	2	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4	2	2	4	4	2	2	4	2	4	4	78
N° 05	4	4	4	4	3	2	2	4	4	2	4	2	3	2	4	1	2	4	4	3	4	2	4	4	76
N° 06	3	2	5	5	4	2	5	5	4	5	3	3	4	3	2	1	1	3	1	5	3	4	5	4	82
N° 07	4	4	2	2	4	4	1	5	1	4	5	4	2	3	4	2	5	4	2	1	4	4	2	4	77
N° 08	4	4	2	4	4	2	2	4	4	4	4	2	4	2	2	3	2	1	2	4	4	2	4	4	72
N° 09	4	4	4	4	4	2	5	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	2	1	2	2	2	4	4	81
N° 10	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	2	2	4	2	4	2	1	2	1	2	4	2	4	72
N° 11	4	4	3	2	2	1	2	4	2	4	2	2	4	2	5	1	4	2	2	2	4	2	2	4	66
N° 12	3	4	2	4	4	2	2	4	2	4	2	2	4	1	4	4	2	2	2	2	4	2	4	4	70
N° 13	4	4	1	2	2	1	2	2	3	3	2	2	4	2	4	1	2	2	2	2	4	2	2	4	59
N° 14	1	2	2	4	3	1	2	2	2	4	2	3	4	2	4	2	4	4	2	2	4	4	4	5	69
N° 15	3	4	2	4	5	2	1	4	4	4	4	1	2	4	4	2	4	1	4	2	2	2	4	4	73
N° 16	4	4	2	2	3	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	2	3	2	2	4	4	2	4	4	78
N° 17	4	4	1	2	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	1	2	4	4	2	4	4	77
N° 18	3	4	3	5	4	5	4	4	4	3	4	3	4	4	5	2	2	2	3	3	4	3	3	4	85

N° 40	2	4	4	3	2	1	1	2	5	2	3	2	5	3	4	4	4	2	2	4	4	2	3	2	3	4	4	71	
N° 41	4	4	2	4	4	2	4	2	4	2	2	1	4	2	4	1	2	1	4	2	4	2	4	2	2	4	2	4	64
N° 42	5	5	4	5	4	4	4	2	2	2	2	4	4	2	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	79	
N° 43	4	4	1	4	4	2	1	4	5	2	3	2	4	4	5	4	2	2	4	2	4	2	4	1	4	4	4	74	
N° 44	3	4	3	4	4	2	1	2	5	4	2	4	2	4	3	1	4	4	4	2	4	2	3	2	4	4	5	74	
N° 45	1	2	4	4	4	3	1	4	5	1	3	1	5	2	5	3	1	4	4	4	2	2	4	2	4	4	4	71	
N° 46	3	4	2	5	4	4	4	2	5	1	3	2	3	4	5	2	1	5	1	4	4	4	4	4	4	3	4	80	
N° 47	3	4	2	4	4	3	2	1	4	2	4	3	3	4	4	3	1	2	5	4	4	2	3	4	4	4	4	72	
N° 48	2	4	1	4	4	4	2	4	2	1	3	2	3	4	5	2	1	4	4	2	4	5	4	4	4	4	4	75	
N° 49	4	5	3	5	4	3	1	4	2	4	3	4	4	2	5	4	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	5	83	
N° 50	4	4	4	4	4	5	4	4	5	2	5	4	4	4	4	1	2	2	4	4	2	4	4	4	4	2	4	85	
N° 51	1	4	2	4	4	3	3	4	5	2	3	2	2	4	3	4	2	4	4	3	2	4	4	1	3	2	4	74	
N° 52	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	4	4	1	4	4	2	1	2	3	1	2	4	1	2	4	4	3	52	
N° 53	3	4	2	1	2	2	2	4	2	2	4	4	4	4	2	2	3	4	2	4	4	5	4	4	4	3	4	73	
N° 54	4	5	4	2	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	5	3	4	1	2	4	4	4	2	4	4	4	4	90	
N° 55	4	4	4	4	2	2	4	2	2	3	2	2	4	2	4	1	2	2	2	2	4	2	2	2	4	2	4	64	
N° 56	4	4	2	4	2	4	2	2	4	2	5	2	4	4	5	2	4	2	4	2	4	2	2	4	4	4	4	76	
N° 57	2	3	1	2	2	2	1	2	2	3	3	2	2	4	4	1	2	2	4	2	4	2	2	4	2	4	4	56	
N° 58	1	1	2	4	4	4	2	1	2	1	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	2	4	4	2	3	1	2	64	
N° 59	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	4	5	2	2	4	2	2	2	4	4	4	90	
N° 60	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	2	2	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	91	

N° 61	3	4	2	1	3	1	2	4	2	3	2	1	3	4	4	1	1	2	3	3	3	3	1	2	2	57	
N° 62	4	4	1	3	2	1	2	2	1	4	3	1	1	3	3	3	1	1	1	3	1	3	1	3	3	3	53
N° 63	2	4	3	4	4	1	2	4	5	4	5	3	4	4	4	2	2	4	2	2	2	2	2	3	4	77	
N° 64	2	3	1	2	3	1	3	5	1	3	4	3	1	3	3	3	1	5	3	2	3	3	1	3	2	60	
N° 65	4	5	3	4	4	2	5	4	2	3	4	3	2	4	4	2	4	4	2	2	4	3	2	3	4	79	
N° 66	2	1	3	5	4	2	2	4	2	3	4	2	2	3	2	2	1	2	2	3	4	4	4	3	5	69	
N° 67	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	1	4	4	1	5	3	5	4	4	4	4	4	4	93	
N° 68	1	2	2	2	4	1	2	2	4	2	4	1	4	1	4	2	5	2	2	4	4	2	2	2	4	61	
N° 69	4	4	2	4	4	4	2	4	4	4	4	2	2	4	2	4	4	2	2	4	2	4	2	2	4	78	
N° 70	4	4	4	4	3	2	2	4	4	2	4	2	4	2	4	1	2	4	3	4	4	2	2	4	4	76	
N° 71	4	4	5	4	4	3	5	5	4	4	4	4	5	4	4	3	4	5	2	2	2	2	4	4	4	91	
N° 72	1	4	2	4	2	2	2	4	4	2	4	1	2	4	2	4	1	1	4	2	3	2	2	4	4	60	
N° 73	4	5	4	2	4	4	2	4	1	4	4	5	2	4	5	2	4	2	3	1	4	2	4	4	4	77	
N° 74	1	2	2	2	2	1	1	1	2	4	2	3	1	2	3	1	2	4	1	4	1	4	2	2	4	52	
N° 75	2	4	2	4	2	2	2	1	2	4	2	4	4	2	4	4	5	4	3	3	4	2	2	1	4	66	

ANEXO N° 03

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO-PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr/ra. Soy bachiller de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano- Puno y estoy llevando a cabo un estudio sobre “CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO SEGÚN DOROTHEA OREM EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA- 2018”, como requisito para obtener mi licenciatura en enfermería. El objetivo del estudio es determinar la Capacidad de Autocuidado según Dorothea Orem en los adultos mayores del distrito de Ayapata - 2018.

Solicito su autorización para participar en esta investigación, para lo cual deberá responder un formulario de 24 ítems para evaluar la Capacidad de Autocuidado; sus respuestas no son buenas ni malas, todo es de importancia para este estudio. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y anónima, no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. En cualquier momento usted podrá solicitar información sobre el estudio o sobre algún aspecto que tenga duda. Si Ud. decide participar además de dar su consentimiento verbalmente, solicito su consentimiento por escrito con el fin de constatar que usted acepta participar en el estudio libremente y no bajo imposición.

Yo,....., he recibido información suficiente sobre la investigación para lo cual se pide mi participación, he tenido oportunidad de hacer preguntas sobre la misma. Comprendo que mi participación es voluntaria; también comprendo que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Esta información no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio. Por lo tanto, **“Acepto voluntariamente participar en la investigación mencionada para su conformidad firmo este documento”**

Puno,....de..... del 2018.

PARTICIPANTE

INVESTIGADORA

ANEXO N° 04

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO-PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

GUIA DE ENTREVISTA

DATOS GENERALES:

Edad: _____

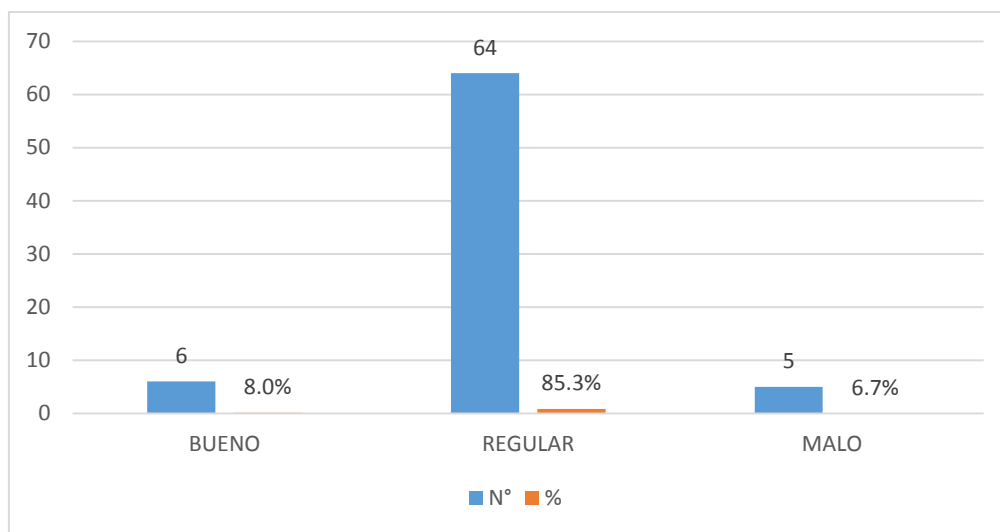
Sexo: _____

**ESCALA DE CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA-A) EN
ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018**

ÍTEMS	Totalmente en desacuerdo (1 punto)	En desacuerdo (2 puntos)	Indeciso (3 puntos)	De acuerdo (4 punto)	Totalmente de acuerdo (5 punto)
INTERACCION SOCIAL					
1. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.					
2. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.					
BIENESTAR PERSONAL					
3. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.					
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.					
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.					
6. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.					
7. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.					
8. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.					
9. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.					
10. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados					

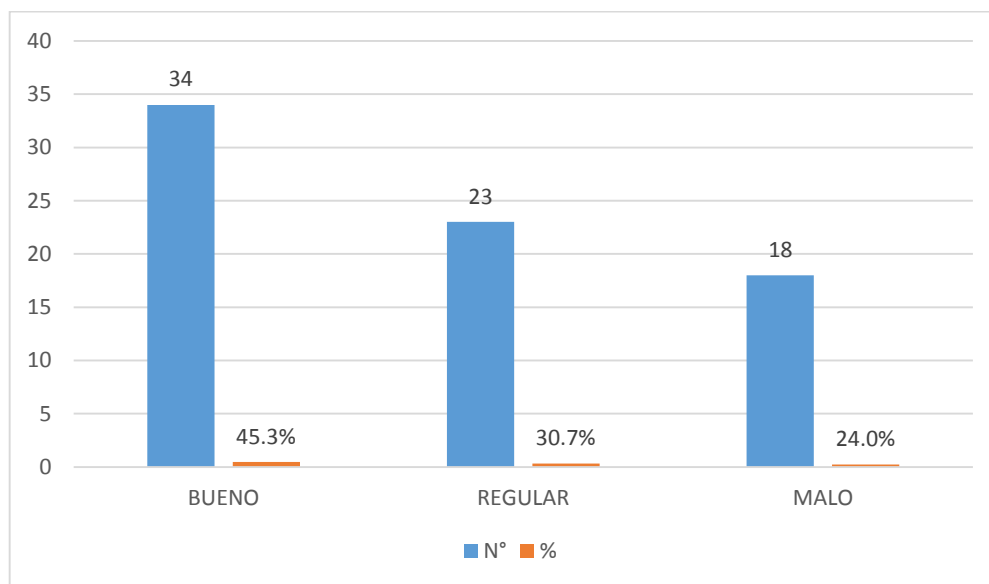
con tal de mejorar mi salud.					
11. Cuando tengo que tomar una nueva medicina, cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.					
12. Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.					
13. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.					
14. Puedo sacar tiempo para mí.					
ACTIVIDAD Y REPOSO					
15. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.					
16. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.					
17. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.					
18. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.					
19. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.					
CONSUMO SUFICIENTE DE ALIMENTOS					
20. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.					
PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL					
21. A medida que cambien las circunstancias, yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.					
22. Cuando hay situaciones que me afectan, yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.					
23. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.					
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.					

FIGURA N° 01
 CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO GOBAL SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.



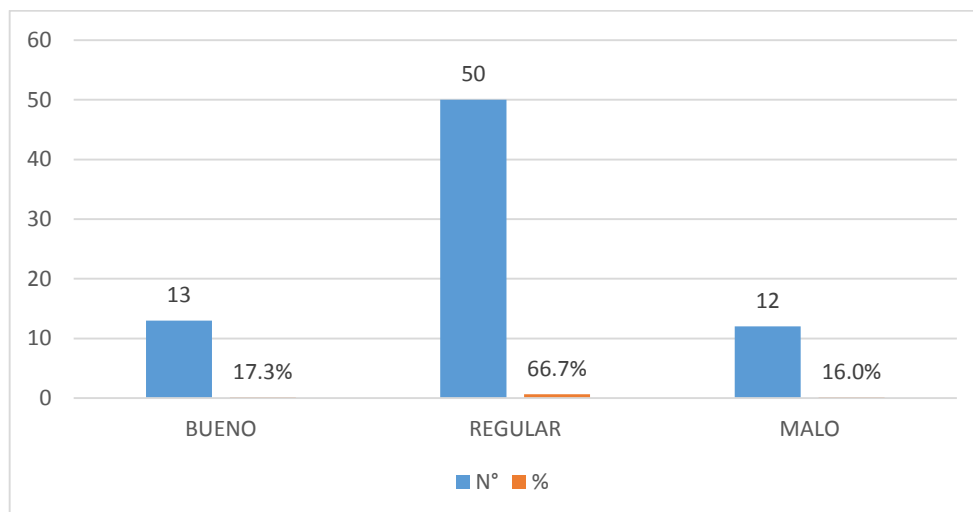
Fuente: guía de entrevista aplicada a los adultos mayores del distrito de Ayapata.

FIGURA N° 02
 CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN INTERACCIÓN SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018



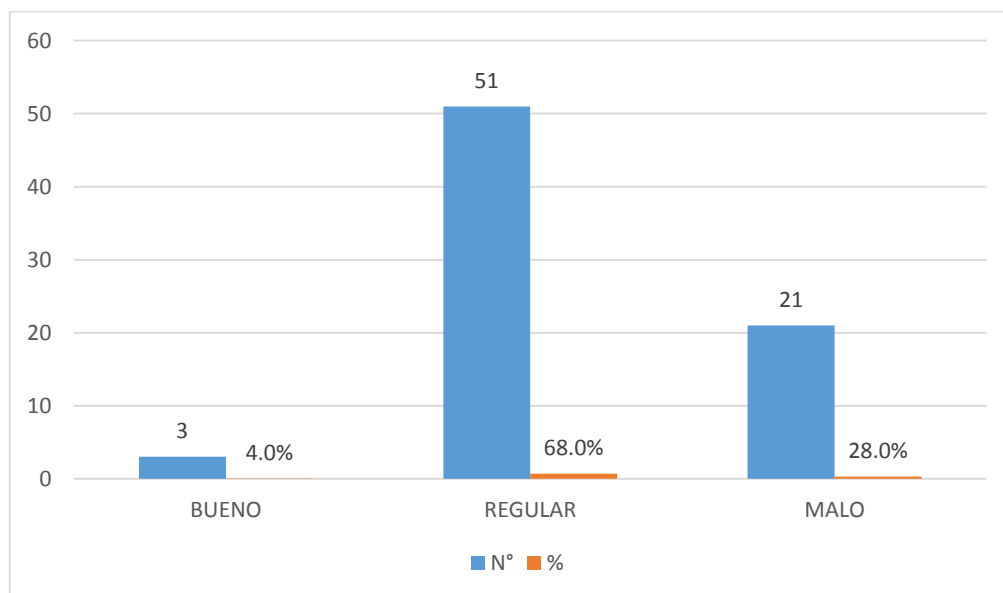
Fuente: guía de entrevista aplicada a los adultos mayores del distrito de Ayapata.

FIGURA N° 03
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN BIENESTAR
PERSONAL EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.



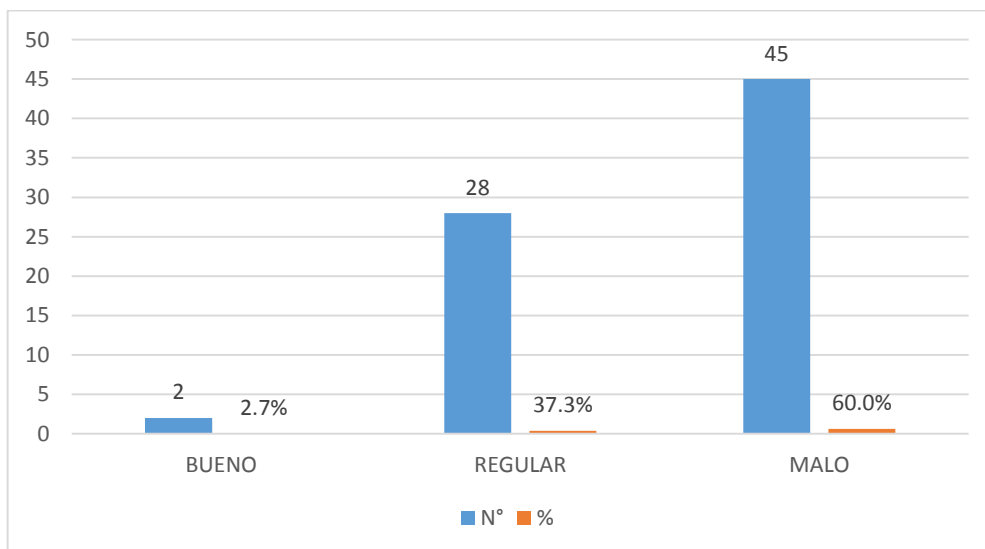
Fuente: guía de entrevista aplicada a los adultos mayores del distrito de Ayapata.

FIGURA N° 04
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN ACTIVIDAD Y REPOSO
EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.



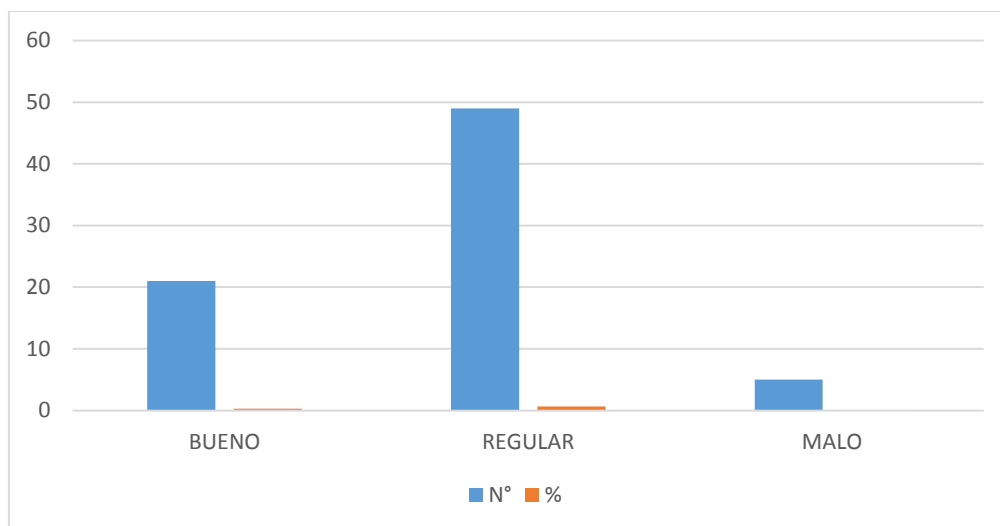
Fuente: guía de entrevista aplicada a los adultos mayores del distrito de Ayapata.

FIGURA N° 05
 CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN CONSUMO SUFICIENTE DE ALIMENTOS EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.



Fuente: guía de entrevista aplicada a los adultos mayores del distrito de Ayapata.

FIGURA N° 06
 CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE AYAPATA-2018.



Fuente: guía de entrevista aplicada a los adultos mayores del distrito de Ayapata.

ANEXO N° 05

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN BIENESTAR
PERSONAL SEGÚN LOS ÍTEMS QUE CORRESPONDEN**

INDICADORES	Totalmente en desacuerdo		desacuerdo		indeciso		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	10	13.3%	34	45.3%	11	14.7%	15	20.0%	5	6.7%
Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	3	4.0%	21	28.0%	3	4.0%	39	52.0%	9	12.0%
Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	4	5.3%	17	22.7%	13	17.3%	37	49.3%	4	5.3%
Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	24	32.0%	26	34.7%	2	2.7%	21	28.0%	2	2.7%
Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	10	13.3%	38	50.7%	3	4.0%	18	24.0%	6	8.0%
Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	6	8.0%	20	26.7%	0	0.0%	36	48.0%	13	17.3%
Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	12	16.0%	31	41.3%	4	5.3%	27	36.0%	1	1.3%
He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	2	2.7%	10	13.3%	21	28.0%	35	46.7%	7	9.3%
Cuando tengo que tomar una nueva medicina, cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	4	5.3%	27	36.0%	3	4.0%	36	48.0%	5	6.7%
Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	8	10.7%	38	50.7%	14	18.7%	13	17.3%	2	2.7%
Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	4	5.3%	7	9.3%	5	6.7%	52	69.3%	7	9.3%
Puedo sacar tiempo para mí.	3	4.0%	22	29.3%	11	14.7%	38	50.7%	1	1.3%

Fuente: guía de entrevista aplicada a los adultos mayores del distrito de Ayapata.

ANEXO N° 06
EVIDENCIAS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE
VISITA DOMICILIARIA

